

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Empatie a socio-emoční kompetence u dětí v různých formách náhradní péče

Empathy and socio-emotional competencies among various forms of
substitute care

Bc. Barbora Mlázovská

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Presslerová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma Empatie a socio-emoční kompetence u dětí v různých formách náhradní péče potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20. července 2018

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí práce PhDr. Pavle Presslerové, Ph.D. a konzultantce práce Mgr. Lucii Michálkové za odborné rady, podnětné připomínky a trpělivost při vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat doc. PhDr. et PhDr. Radkovi Ptáčkovi, Ph.D. a Davidovi Adamovi za pomoc v metodologických otázkách výzkumu. Mé poděkování patří také Mgr. Aleně Škaloudové, Ph.D. za pomoc se statistickým zpracováním dat. Rovněž bych chtěla poděkovat rodičům, pěstounům, ředitelům a zaměstnancům zařízení a ředitelkám pěstounských organizací za vstřícnost a ochotu se výzkumu zúčastnit. V neposlední řadě patří mé poděkování samotným dětem za jejich ochotu spolupracovat. Dále děkuji svým blízkým za podporu, kterou mi poskytovali v průběhu psaní práce.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá úrovní socio-emočních dovedností, mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů u dětí v různých formách péče (biologické rodiny, dětské domovy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, pěstounská péče). Cílem je objasnit vztahy mezi měřenými proměnnými a nalézt případné rozdíly v závislosti na formě péče. Práce se zaměřuje také na efekt délky pobytu dětí v institucionální péči a obsahovou analýzu strategií emoční regulace a jednání v sociálních situacích. Studie se zúčastnilo třicet čtyři respondentů. Data byla získávána od samotných dětí (*IDS, část Sociálně-emoční kompetence*), od pečujících osob (posuzovací dotazníky *Kvocient empatie pro děti EQ-C* a *Dotazník předností a nedostatků SDQ*) a ze spisové dokumentace (anamnestický dotazník). Výsledky ukázaly významnou souvislost mezi sledovanými proměnnými. Efekt délky pobytu v institucionální péči nebyl prokázán. Co se týče srovnání v rámci různých forem péče, objevily se rozdíly v míře empatie a výskytu psychosociálních problémů, ale nikoliv v úrovni socio-emočních dovedností. Následná analýza strategií emoční regulace a sociálního chování poukázala na zajímavou tendenci týkající se socio-emočního fungování u dětí v náhradní péči.

Moje diplomová práce poslouží jako pilotní studie k připravovanému výzkumnému projektu *Souvislost sociálně emočních kompetencí a emocionální traumatizace dětí umístěných v různých formách náhradní péče s rozvojem rizikového chování a schopností integrovat se do společnosti* realizovanému pod záštitou 1. a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, na němž se podílím.

KLÍČOVÁ SLOVA

empatie, socio-emoční kompetence, psychosociální problémy, náhradní péče, institucionální péče, emoční regulace, sociální chování

ABSTRACT

This diploma thesis focuses on the level of socio-emotional competencies, the ability of empathy and the prevalence of psychosocial problems amongst children in various forms of substitute care (biological families, institutional care, foster families). The aim of this thesis is to clarify the relations in between the variables and to find possible patterns bound to different kinds of care. The thesis also aims at the effect of the length of institutional care and of the strategies of emotional regulation and behaviour in social situations. The sample includes 34 respondents. The data were collected from the children themselves (*IDS*), from caregivers (*EQ-C*, *SDQ*) and from the file documentation (anamnesic questionnaire). The results show a significant correlation between the variables. The effect of length of stay in institutional care has not been proven. As for comparisons across different forms of care, differences in empathy rates and the occurrence of psychosocial problems have emerged, but not at the level of socio-emotional skills. The subsequent analysis of strategies of emotional regulation and social behavior has pointed to an interesting tendency regarding the socio-emotional functioning of children in substitute care.

My diploma thesis will serve as a pilot study on the upcoming research project *The connection of socio-emotional competencies and the emotional trauma of children placed in various forms of substitute care with the development of risk behaviors and the ability to integrate into society*, realized under the auspices of the 1st and 3rd Medical Faculty of Charles University, on which I participate.

KEYWORDS

empathy, socio-emotional competencies, psychosocial problems, substitute care, institutional care, emotion regulation, social behavior

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	9
1 Náhradní péče o děti v ČR	9
1.1 Náhradní rodinná péče (NRP)	11
1.2 Náhradní institucionální péče	12
1.3 Statistika náhradní péče v ČR	13
2 Specifika psychického vývoje dětí vyrůstajících v náhradní péči	15
2.1 Attachment	16
2.1.1 Typy attachmentu	16
2.1.2 Reaktivní porucha přichylnosti a dezinhibovaná přichylnost v dětství	17
2.1.3 Vliv attachmentu na vývoj dítěte	18
2.2 Syndrom CAN	20
2.2.1 Zvláštní formy syndromu CAN	20
2.2.2 Výskyt syndromu CAN v ČR	21
2.2.3 Faktory ovlivňující výskyt syndromu CAN	21
2.2.4 Následky týrání, zneužívání a zanedbávání	22
2.3 Psychická deprivace	23
2.3.1 Faktory ovlivňující vznik a vývoj psychické deprivace	23
2.3.2 Následky psychické deprivace	24
3 Socio-emoční vývoj	26
3.1 Teorie mysli	27
4 Socio-emoční kompetence	29
4.1 Rozpoznávání emocí	29
4.2 Regulace emocí	29

4.3	Porozumění sociálním situacím	30
4.4	Sociálně-kompetentní jednání.....	31
4.5	Sociálně-emoční kompetence u dětí v náhradní péči.....	31
5	Empatie.....	33
5.1	Empatie z hlediska neurobiologie.....	34
	Empirická část	35
6	Charakteristika výzkumného šetření	35
6.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	35
6.2	Výzkumný soubor.....	36
6.2.1	Analýza informací z anamnestického dotazníku	37
6.3	Metodologie výzkumu	39
7	Výsledky.....	42
7.1	Statistická analýza dat.....	42
7.2	Obsahová analýza a interpretace.....	51
7.2.1	Strategie emoční regulace.....	51
7.2.2	Strategie jednání v sociálních situacích.....	58
8	Interpretace	65
9	Diskuze	69
	Závěr.....	72
	Seznam použitých informačních zdrojů	74
	Seznam příloh.....	77

Úvod

Tématem diplomové práce jsou socio-emoční kompetence a empatie u dětí vyrůstajících v různých formách náhradní péče. Srovnávala jsem aktuální úroveň socio-emočních dovedností, míru empatie a výskyt psychosociálních problémů v rámci čtyř skupin: děti vyrůstající v biologických rodinách a děti vyrůstající ve třech formách náhradní péče (dětské domovy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a pěstounská péče). Dále jsem se zaměřila na vzájemné souvislosti mezi těmito oblastmi a souvislost úrovně sledovaných oblastí s formou péče a délkou pobytu v institucionální péči. Prostřednictvím obsahové analýzy jsem zkoumala strategie emoční regulace a chování v sociálních interakcích.

Data byla získávána od samotných dětí (*IDS*), od pečujících osob (*Kvocient empatie pro děti EQ-C*, *Dotazník předností a nedostatků SDQ*) a ze spisové dokumentace (anamnestický dotazník).

V teoretické části práce představím systém náhradní péče v České republice, dále se zaměřím na specifika psychického vývoje dětí vyrůstajících v náhradní péči. Dále vymezím koncepty socio-emočních kompetencí a empatie.

Moje diplomová práce je součástí výzkumné studie s názvem *Souvislost sociálně emočních kompetencí a emocionální traumatizace dětí umístěných v různých formách náhradní péče s rozvojem rizikového chování a schopností integrovat se do společnosti* realizované pod záštitou 1. a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Studie se bude zabývat mírou empatie, sociálně-emočních kompetencí, depresivity a traumatizace u dětí v různých formách náhradní péče. Uvedené proměnné budou zkoumány v závislosti na faktorech původního prostředí, na důvodu odebrání z rodiny, na hereditě psychiatrických chorob v biologických rodinách a formě náhradní péče. Výzkumu se bude dohromady účastnit 300 dětí ve věku 8-10 let. Z toho 200 vyrůstajících v náhradní péči (100 dětí umístěných v dětských domovech a 100 v pěstounských rodinách) a kontrolní skupina 100 dětí vyrůstajících v péči biologických rodičů. Data z výzkumu by měla pomoci objasnit sledované proměnné (empatie, sociálně-emoční kompetence, traumatizace a depresivita) v závislosti na ohrožujících i protektivních faktorech původního prostředí a hereditě v

biologických rodinách. Pokusíme se zmapovat, jaký vliv mají tyto proměnné na rozvoj rizikového chování a schopnost integrovat se do společnosti.

Hlavní hypotézou výzkumné studie je, že „empatie dětí z rizikového prostředí dosahuje vlivem zatížení neuronálních sítí složitými sociálně emočními úlohami nadprůměrných hodnot a k následným odlišnostem ve fungování její emocionální složky dochází až působením chronického stresu. Oba procesy by tak probíhaly zároveň a míra jejich účinku by záležela na genetických predispozicích, faktorech původního prostředí, formě péče i kvalitě a dostupnosti psychosociálních a psychiatrických služeb.“ (Adam, 2018, s. 3) Hypotéza by mohla objasnit dvě tendence vývoje dětí, které vyrůstaly v nevyhovujících podmínkách – k altruismu a seberealizaci v pomáhajících profesích či psychosociálním problémům a psychopatologii.

Uvedený výzkumný projekt je v současné době v přípravné fázi. Můj výzkum provedený v rámci diplomové práce slouží jako pilotní studie. Výsledky budou využity k úpravám metodologie.

Teoretická část

1 Náhradní péče o děti v ČR

Systém náhradní péče zahrnuje různé způsoby péče o děti, které z různých důvodů vyrůstají mimo svou biologickou rodinu. Existují dvě formy náhradní péče: náhradní rodinná péče a náhradní péče institucionální. Systém náhradní péče o děti v ČR je v současné době značně nejednotný a roztržštěný a je spravován třemi ministerstvy: Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dětské domovy, dětské domovy se školou, diagnostické ústavy, výchovné ústavy), Ministerstvem práce a sociálních věcí (OSPOD, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, náhradní rodinná péče, domovy pro osoby se zdravotním postižením) a Ministerstvem zdravotnictví (kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do 3 let věku). Dále se na systému sociálně-právní ochrany dětí podílí Ministerstvo vnitra (krajské a obecní úřady) a Ministerstvo spravedlnosti (soudy). Objevují se problémy ve spolupráci mezi resorty a v koordinaci řešení jednotlivých případů ohrožených dětí. Velkým problémem je nedostatek sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) na městských a obecních úřadech (jedná se o hlavní koordinátory práce s ohroženými dětmi a rodinami). V důsledku toho mají pracovníci na starosti velký počet případů a není v jejich časových možnostech využívat všechny efektivní možnosti práce s dětmi rodinami (především zapojení multidisciplinárního týmu odborníků do práce na případu a koordinace této spolupráce). (Bubleová a kol., 2011)

Při řešení případů ohrožených dětí by měla být prioritní podpora biologické rodiny a posilování jejich kompetencí tak, aby dítě mohlo zůstat v její péči. Jedná se o tzv. sanaci rodiny, jejíž podstatu je „sociálně--terapeutická intervence v rodině, jejímž cílem je, aby v rodině (tj. v její socioekonomické situaci, v jejím vnitřním uspořádání, ve vzájemných vztazích jejích členů a především ovšem ve vztahu k dítěti) došlo k takovým změnám, které by dítěti umožnily jeho další příznivý psychosociální vývoj.“ (Bubleová a kol., 2015, s. 35) Jedná se o koordinovanou spolupráci multidisciplinárního týmu odborníků a institucí, které s rodinou a dítětem pracují. Zpravidla je součástí týmu sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí, organizace poskytující sociální službu sanace rodiny (většinou nestátní nezisková organizace, např. Střep, o.s.), škola, pediatr. Mezi metody sanace rodiny patří: nácvik rodičovských dovedností, videotrénink interakcí, nácvik

hospodaření s penězi, nácvik komunikace s úřady, motivační rozhovory, psychoterapeutické služby (individuální, rodinná, párová terapie), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. mateřská centra, volnočasové aktivity), případně přechodný pobyt dítěte v zařízení při zachování intenzivní práce s rodinou s cílem upravit poměry v rodině tak, aby bylo prostředí vhodné pro výchovu dítěte a dítě se mohlo do rodiny vrátit. (Bechyňová a kol., 2007)

V případě, že není ze závažných důvodů možné, aby dítě vyrůstalo s biologickými rodiči, je další prioritou umístění dítěte do péče příbuzných či známých osob. Pokud ani tato varianta není možná, následuje snaha o umístění dítěte do péče prověřených cizích osob, které prošly odbornou přípravou (pěstounská péče, osvojení). Pokud se ani toto nepodaří, nabízí se možnost umístění dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které funguje jako přechodné krizové zařízení, kde dítě pobývá po omezenou dobu, než se vyřeší situace jeho rodiny. Pokud se situaci nepodaří vyřešit, je dítě umístěno do ústavní péče. I v případě umístění dítěte do některého typu ústavního zařízení mají odpovědné instituce (OSPOD, soud) povinnost případ monitorovat a pravidelně přezkoumávat, zda nadále trvají důvody pro umístění dítěte a průběžně pracovat s rodinou, případně se snažit o zprostředkování náhradní rodinné péče. (Bubleová a kol, 2011)

Systém sociálně-právní ochrany dětí v ČR se potýká s mnoha problémy. V první řadě se jedná o roztržičnost a nedostatečnou koordinaci spolupráce mezi resorty a mezi státním a neziskovým sektorem. S tím souvisí fakt, že neexistuje jednotná legislativní úprava péče o ohrožené děti. Dalším závažným problémem je nedostatek financí v této oblasti a s tím související nedostatek pracovníků sociálně-právní ochrany dětí a také terénních pracovníků. V neposlední řadě je velkým problémem nedostatečný systém podpory ohrožených rodin (např. nedostatek azylového bydlení, nevyužívání všech možností sanace rodiny), nedostatek náhradních pečovatелů (pěstounů, osvojitelů) a zdoluhavý soudní systém a proces zprostředkování NRP. V důsledku výše uvedeného dochází k dlouhodobému setrvávání dětí v ústavních zařízeních. Na závěr musíme zmínit dlouhodobý nedostatek dostupných psychologických a psychiatrických služeb pro děti a rodiny.

Je nutné systémově zajistit, aby děti nebyly opakovaně vystavovány další nepřiměřené zátěži a opakovanému emocionálnímu stresu (např. střídání pobytu v různých zařízeních, návraty z pěstounské péče). Zároveň je nutné posuzovat každý případ individuálně a zvažovat, zda je umístění do náhradní péče oprávněné či by bylo možné při využití vhodné podpory ponechat dítě v jeho biologické rodině.

V následující části stručně vymezíme formy náhradní rodinné a institucionální péče existující v rámci současné legislativy v ČR. Do našeho výzkumu jsou zařazeny děti ze dvou forem náhradní institucionální péče (dětské domovy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc) a jedné formy náhradní rodinné péče (dlouhodobá pěstounská péče).

1.1 Náhradní rodinná péče (NRP)

V rámci jednotlivých forem bude vymezeno, které osoby mohou péči vykonávat; jejich práva a povinnosti; práva a povinnosti biologických rodičů; případné omezení dobou v dané péči či věkem dítěte; a zda za péči náleží odměna.

Péče jiné fyzické osoby než rodiče: Dítě je svěřeno do péče příbuzných či jemu známých osob. Práva a povinnosti pečující osoby a rodičů jsou vymezena v rozhodnutí soudu, vyživovací povinnost rodičů trvá. Pečující osobě nenáleží odměna.

Pěstounská péče (dlouhodobá): Pěstounem se může stát osoba zařazená v evidenci žadatelů o zprostředkování NRP (musí projít odborným posouzením a přípravou na přijetí dítěte) nebo příbuzný či známý dítěte. Pěstounům náleží odměna pěstouna. Mohou dítě zastupovat pouze v běžných záležitostech, rodičům zpravidla zůstávají všechna práva a povinnosti včetně práva na zachování kontaktu s dítětem, vyživovací povinnost trvá. V případě, že dítě nemá soudem nařízenou ústavní výchovu, je potřeba souhlas rodičů. Zaniká dosažením zletilosti dítěte.

Pěstounská péče na přechodnou dobu: Vykonávají osoby zařazené v evidenci žadatelů o zprostředkování NRP. Je omezena na dobu 1 roku. Jinak platí stejná specifika jako pro pěstounskou péči.

Osvojení (adopce): Dítě je svěřeno do péče cizích osob a příbuzenské vztahy k biologické rodině zanikají. Osvojitelé mají plnou rodičovskou zodpovědnost a jsou uvedeni v rodném

listě. Nenáleží jim odměna. K osvojení je potřeba souhlas rodičů či rozhodnutí soudu o jejich nezájmu (6 měsíců, u novorozenců 2 měsíce).

Poručenství s péčí: Poručníkem se může stát osoba zařazená v evidenci žadatelů o zprostředkování NRP nebo příbuzný či známý dítěte. Poručník o dítě pečuje, zastupuje ho a spravuje jeho majetek. Je pod soudním dozorem a k některým úkonům potřebuje souhlas soudu. Pobírá odměnu pěstouna. Rodičovská zodpovědnost je pozastavena nebo zrušena, vyživovací povinnost trvá. K tomuto typu NRP se přistupuje zpravidla v případě úmrtí rodičů, zbavení rodičovské zodpovědnosti či nezpůsobilosti k právním úkonům. (Bubleová a kol., 2011)

1.2 Náhradní institucionální péče

V České republice existuje několik typů zařízení, která se liší dle věku, zdravotního a psychického stavu umisťovaných dětí. Jsou také spravována různými ministerstvy (viz výše).

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP): Jedná se o přechodné krizové zařízení, kam jsou děti umisťovány na nezbytně dlouhou dobu (max. 1 rok), než si rodiče upraví své poměry či je zprostředkována NRP. V krajním případě, pokud se nepodaří zajistit žádnou z prioritních možností, odchází odsud dítě do ústavní péče. Zařízení je určeno pro děti od narození do 18 let věku. Děti jsou zde umisťovány na základě rozhodnutí soudu, žádosti OSPOD, žádosti rodičů či vlastní žádosti dítěte.

Zdravotnická zařízení:

- Kojenecké ústavy
- Dětské domovy pro děti do 3 let věku

Školská zařízení:

- Diagnostický ústav (DDÚ): Děti jsou zde umisťovány na krátkodobé diagnostické pobyty (zpravidla 8 týdnů), za účelem výběru vhodného typu zařízení dlouhodobé péče. Jsou členěny dle věku a pohlaví.
- Dětský domov (DD): Děti ve věku 3-18 let, v případě studia do 26 let bez závažných poruch chování. Dochází do školy mimo zařízení.

- Dětský domov se školou (DDŠ): Děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky se závažnými poruchami chování či duševní poruchou. Škola je součástí zařízení.
- Výchovný ústav (VÚ): Děti starší 12 let se závažnými poruchami chování či duševní poruchou.

Do DDÚ, DDŠ a VÚ jsou umisťovány také děti s nařízenou ochrannou výchovou. Jedná se o opatření pro mladistvé, jež páchají trestnou činností.

Zařízení sociálních služeb

- Domov pro osoby se zdravotním postižením: Děti, jejichž zdravotní stav vyžaduje odbornou péči. (Bubleová a kol., 2011)

1.3 Statistika náhradní péče v ČR

Dle statistiky MPSV bylo v roce 2016 z péče rodičů odebráno 3841 dětí. Důvody odebrání byly následující: zanedbávání výchovy dítěte (43,7 %; 1 665 dětí); výchovné problémy dítěte (24,6 %; 937 dětí); jiné překážky v péči o dítě na straně rodičů, např. nástup do VTOS, zdravotní stav, hospitalizace apod. (26,5 %; 1 010 dětí); týrání dítěte (4,1 %; 158 dětí) a zneužívání dítěte (1,1 %; 42 dětí).

Na konci roku 2016 (nejaktuálnější dostupná data) vyrůstalo v náhradní péči 25 765 dětí. V této statistice nejsou zahrnuty děti osvojené. Je pouze k dispozici údaj, že do osvojení bylo v roce 2016 svěřeno 377 dětí. Tabulka 1 uvádí počty dětí v různých formách náhradní rodinné péče. Tabulka 2 uvádí počty dětí v různých formách náhradní institucionální péče.

Tab. 1: Statistika dětí v náhradní rodinné péči

Forma NRP	Počet dětí k 31. 12. 2016
Pěstounská péče	10 922
Pěstounská péče na přechodnou dobu	540
Poručenství s péčí	3013
Svěření do péče jiné osoby	4161
CELKEM	18 636

Zdroj: MPSV, 2017

Tab. 2: Statistika dětí v institucionální péči

Forma institucionální péče	Počet dětí k 31. 10. 2016
Dětský domov	4270
Dětský domov se školou	730
Výchovný ústav	1096
Diagnostický ústav	404
ZDVOP	629
CELKEM	7129

Zdroj: MPSV, 2017

Z uvedené statistiky vyplývá, že z celkového počtu dětí vyrůstajících mimo rodinu je v náhradní rodinné péči umístěno 72,3% dětí a v institucionální péči 27,7% dětí. Nejvíce dětí je umístěno v pěstounské péči. Všeobecným trendem v ČR je, že se meziročně zvyšuje počet dětí v NRP a snižuje počet v institucionální péči. (MPSV, 2017)

2 Specifika psychického vývoje dětí vyrůstajících v náhradní péči

Psychický vývoj dítěte je determinován geneticky a vlivy prostředí. Dědičné dispozice se rozvíjejí v závislosti na působení faktorů vnějšího prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Vývoj dětí vyrůstajících v náhradní péči je ovlivněn často specifickými genetickými informacemi v kombinaci se specifickými faktory prostředí, ve kterém vyrůstají. Dalším důležitým faktorem je ústavní historie dítěte (počet zařízení, kterými dítě prošlo; délka pobytu v zařízení; věk při umístění do zařízení). Vývoj dětí není možné predikovat pouze na základě informací o jejich biologických rodičích. Tyto informace jsou pouze vodítkem pro předpoklad, které oblasti mohou být ve vývoji dítěte problematické. Vývoj je také ovlivněn mnohdy velmi stresujícími zážitky z raného dětství i prenatálního období (např. stres matky v průběhu těhotenství, užívání NL apod.). Schopnost vyrovnávání se s obtížnými životními událostmi a zvládání stresových situací závisí na individuální citlivosti a osobnostních dispozicích každého dítěte. (Vágnerová, 2012)

Raný vývoj dítěte od narození do tří let věku je obdobím zásadních vývojových změn, které je určující pro vývoj somatických a psychických charakteristik jedince a určuje kvalitu budoucího života. Pro zdravý somatický i psychický vývoj je zásadní vztahová vazba s pečující osobou. Prostor, ve kterém dítě vyrůstá, ovlivňuje jeho vývoj ve všech oblastech a má celoživotní dopady na jeho psychické i fyzické zdraví a životní úspěšnost. Na základě výsledků řady studií vykazují děti, které vyrůstaly v ústavní péči, řadu specifických zdravotních a psychických obtíží a významně selhávají ve školním, pracovním i partnerském životě. Často dochází k poruchám: somatického vývoje (např. opožděný tělesný vývoj, oslabený imunitní systém), kognitivního vývoje a motoriky (opožděný vývoj, nižší rozumové schopnosti), vývoje řečových schopností (opožděný vývoj, omezená slovní zásoba), socioemočního vývoje (obtíže v navazování citových vazeb, nízká sebedůvěra) a k rozvoji psychických poruch (vyšší potřeba psychiatrické péče, časté užívání medikace). (Ptáček a kol., 2011)

Je ale nutné si uvědomit, že děti umístěné v náhradní péči mají velkou prenatální i postnatální zátěž, která poté ovlivňuje jejich další vývoj. Proto je obtížné interpretovat přímou souvislost určité formy péče s vývojovou úrovní dítěte a je nutné se při interpretaci výsledků zabývat anamnestickými daty.

V následující části vymezíme specifické fenomény týkající se dětí vyrůstajících v náhradní péči: attachment a jeho poruchy, psychická deprivace, syndrom CAN.

2.1 Attachment

Attachment je vrozený systém, který motivuje dítě k vytvoření citové vazby s primárními pečovateli. Na nejzákladnější evoluční úrovni tento systém zvyšuje šance dítěte na přežití. Na psychologické úrovni vytváří mezilidský vztah, díky němuž může nezralý mozek dítěte využívat funkce zralého mozku pečovatele k organizaci svých vlastních procesů. Citová vazba vzniká v interakci mezi dítětem a pečovatelem a zahrnuje vzájemné přijetí, porozumění, sdílení emocí. Dítě se prostřednictvím reakcí rodiče na své signály, učí porozumět emocím vlastním i druhých a modulovat své vlastní stavy. Opakované zkušenosti se zakódují do implicitní paměti jako očekávání a později attachmentová schémata, která otec teorie John Bowlby nazval „bezpečnou základnou“ ve světě. Dítě získává pocit stability, předvídatelnosti a bezpečí ve světě. Citová vazba ovlivňuje rozvoj sebevědomí a soběstačnosti, schopnosti regulace emocí, sociální kompetence, schopnosti adaptace a tvoří model vztahování se k dalším osobám v životě.

Dle řady studií je klíčovým pro vytvoření citové vazby věk do šesti měsíců, nejcitlivější období trvá zhruba do tří let věku dítěte. Pokud dítě v tomto období danou zkušenost nezíská, následky pro jeho psychický vývoj jsou zpravidla závažné a náprava složitější. Prokazatelně dochází ke změnám mozkových funkcí. (Siegel, 1999; Vrtbovská, 2010)

2.1.1 Typy attachmentu

Mary Ainsworth zkoumala attachment prostřednictvím longitudinální experimentální studie nazvané Infant Strange Situation (neobvyklá situace), kterou lze stručně shrnout jako pozorování dítěte a matky při běžných interakcích a poté při separaci a následném shledání. Na základě rozdílných způsobů dětských reakcí na separaci a znovushledání s matkou vyčlenila tři typy attachmentu:

1. Jistý attachment (Secure): Dítě při separaci protestovalo či plakalo, při návratu matku vítalo a nechalo se relativně snadno utiшит. Rodiče jsou citově dostupní,

vnímaví a reagující na potřeby a duševní stavy dětí. Tento typ attachmentu má 55-65% dětí.

2. Nejistý attachment (Insecure):

- a) Vzdorovitý/ambivalentní (resistant): Dítě je při separaci velmi úzkostné a plačtivé, při návratu intenzivně reaguje, vyhledává blízkost matky a zároveň je vůči ní zlostné a nedá se snadno utišit. Rodiče jsou ve svých reakcích nekonzistentní a nespolehliví, neumí se vyladit na potřeby dítěte, zaměřují vlastní emoční stavy se stavy dítěte. Dítě neví, co má očekávat. Tento typ attachmentu má 5-15% dětí.
- b) Vyhýbavý (avoidant): Dítě působí nezávisle, zdánlivě nereaguje na separaci ani návrat rodiče. Rodiče jsou citově nedostupní, odmítaví a necitliví k potřebám dětí. Tento typ attachmentu má 20-30 % dětí.

Mary Mainová a Judith Solomonová později přidali čtvrtý typ attachmentu:

- 3. Dezorganizovaný attachment: Dítě při návratu rodiče reaguje chaoticky, dezorganizovaně, např. se točí v kruhu, přibližuje se a vzdaluje, je ve stavu „zamrznutí“. Rodič, který by měl být zdrojem bezpečí je zdrojem hrozby. Jedná se o 20-30% dětí s nejistou vazbou. V případě dětí se syndromem CAN se tento typ attachmentu vyskytuje u 80% dětí. (Siegel, 1999; Karen, 1994)

2.1.2 **Reaktivní porucha přichylnosti a dezinhibovaná přichylnost v dětství**

Tyto dvě poruchy, které jsou součástí klasifikace duševních poruch (MKN-10), úzce souvisí s attachmentem a proto je zde stručně charakterizujeme.

Reaktivní porucha přichylnosti

Reaktivní porucha přichylnosti v dětství vzniká v důsledku nevyhovující péče, často u týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných dětí. Mezi charakteristické příznaky patří: „bázlivost a ostražitost („ztuhlá ostražitost“), neovlivnitelné uklidňováním. Typická je chudá sociální interakce s vrstevníky, sociální hře brání negativní emoční reakce, velmi častá je agrese vůči sobě i jiným. Děti útlého věku se k pečovateli přibližují s odvráceným zrakem nebo reagují směsicí snahy navázat kontakt, vyhnout se mu a odmítat konejšení. V některých případech je porucha provázena špatným tělesným prospíváním a zpomalením

tělesného růstu.“ (Hosák a kol., 2015, s. 383) Charakteristiky poruchy můžeme přirovnat k dezorganizovanému typu attachmentu.

Dezinhibovaná přichylnost v dětství

Dezinhibovaná přichylnost v dětství je další poruchou attachmentu, která se projevuje jako nerozlišující náklonnost k druhým. „Porucha vzniká u dětí, které často střídaly pěstouny, vychovatele či dětské domovy, proto někdy bývá také označována jako „syndrom ústavního dítěte“.“ (Hosák a kol., 2015, s. 384) Dítě je nepřírozeně přítulné, vyžaduje pozornost, vytváří mnoho povrchních vztahů bez výraznějšího rozlišování mezi osobami. Má obtíže, či přímo není schopno vytvořit hluboký, důvěrný vztah.

„Problémy s vytvářením adekvátních citových vazeb mohou přetrvávat do dospělosti. U části dětí se přidružují poruchy chování a v dospělosti poruchy osobnosti.“ (Hosák a kol., 2015, s. 384)

2.1.3 Vliv attachmentu na vývoj dítěte

Sroufe (2005) na základě longitudinálního výzkumu shrnuje fenomény specifické pro vývoj dětí s různými typy attachmentu. Jistá vazba je základem pro růst sebevědomí. Děti jsou schopny využívat pečovatele jako bezpečnou základnu pro exploraci a později jsou více nezávislé. Děti s nejistou vazbou jsou později více závislé a méně soběstačné. Dyadická regulace emocí mezi dítětem a pečovatelem je prototypem pro individuální regulaci emocí. Implicitní model vlastního self a self druhého vzniká v interakci, tedy pokud dítě důvěřuje v kapacitu pečovatele poskytnout mu regulační pomoc, získává tím důvěru ve vlastní schopnost regulace. Tato funkce zahrnuje schopnost „flexibilně přizpůsobovat projevy vlastních pocitů a impulzů situačním požadavkům.“ (Sroufe, 2005, s. 357) Vyrovnávací strategie dětí s jistou vazbou jsou vytrvalejší a pružnější než u dětí s nejistou vazbou. Méně často se setkávají se sociálními problémy, nevykazují frustrační chování, agrese nebo rezignaci a všeobecně jsou přizpůsobivější. Děti s jistou vazbou mají pozitivní očekávání týkající se vztahů s druhými a sklon s nimi interagovat. Jsou lépe integrovány ve vrstevnických skupinách, vykazují vyšší schopnost empatie a mají hlubší a vzájemnější vztahy, mají lepší vůdčí schopnosti. Typ vazby ovlivňuje také schopnost adaptace. Děti se vzdorující vazbou mají obtíže v nových situacích, při vysoké stimulaci a při kognitivních výzvách, jsou méně flexibilní a efektivní při řešení problémů a jsou často

vnímání jako bezmocní, pasivní a snadno frustrovaní. Děti s vyhýbavou vazbou mají největší obtíže v situacích vyžadujících určitý stupeň mezilidské blízkosti a jsou často vnímány jako asociální a izolované.

Co se týče souvislosti typu attachmentu s psychopatologií, je nejistá vazba považována za potenciální rizikový faktor pro pozdější vznik psychických poruch, není však považována za patologickou sama o sobě ani nevyhnutelně vedoucí k patologii. Můžeme ovšem nalézt souvislosti mezi určitým typem nejisté vazby a pozdějších poruch. Například vyhýbavá vazba má tendenci více souviset s pozdějšími problémy s chováním. Vzdušující vazba více souvisí s úzkostnými poruchami. Stejně tak jistá vazba nemůže být považována za záruku duševního zdraví, nicméně může být protektivním faktorem, zvyšujícím odolnost jedince vůči stresu. Oproti tomu dezorganizovaná vazba je velmi silným prediktorem pozdějších poruch, především disociativních poruch (v důsledku konfrontace s neřešitelným konfliktem – hledání bezpečí u zdroje strachu), poruch chování, pozornosti, regulace emocí a impulzů, sebepoškozování a poruch osobnosti. (Sroufe, 2005)

2.2 Syndrom CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Child Abuse and Neglect) zahrnuje různé způsoby záměrného ubližování či nedostatečné péče o dítě, které jsou ohrožující pro jeho zdraví, fyzický, psychický nebo sociální vývoj. Velmi často je dětem ubližováno ze strany pečovatelů a důležitou podstatou je zneužití vlastní nadvlády a moci nad slabším, často bezbranným dítětem, které je na pečovateli závislé. Všechny uvedené typy ohrožení dítěte mohou nabývat aktivní i pasivní formu (viz tabulka). (Dunovský a kol., 1995)

	Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání	Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání	Sexuální zneužívání
aktivní	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest
pasivní	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči	nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
Zvláštní formy	Münchhausenův syndrom v zastoupení systémové týrání a zneužívání organizované týrání a zneužívání rituální týrání a zneužívání		

Zdroj: Dunovský a kol., 1995, s. 10

2.2.1 Zvláštní formy syndromu CAN

Systémové týrání (sekundární viktimizace) je ubližování systémem, který byl původně založen na ochranu dětí. Zahrnuje necitlivé vyšetřování událostí, kdy je dítě často opakovaně vyslýcháno, vyšetřováno, vystavováno traumatickému zážitku. Spadají sem i necitlivé zásahy do života dítěte, původně za účelem jeho ochrany. Například odebrání

dítěte z rodiny bez poskytnutí podpory a pomoci, dlouhodobé umístění v zařízení, střídání zařízení nebo pěstounských rodin.

Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) je psychiatrická porucha, jejíž podstatou je patologické chování pečovatele, který u dítěte uměle vytváří symptomy tělesných či psychických onemocnění. Vyhledává poté péči lékařů a vyžaduje potvrzení různých diagnóz. Motivace k tomuto jednání je vnitřní (dosažení uznání jakožto pečující osoby) nikoliv vnější (např. získání invalidního důchodu).

Dále sem patří organizované zneužívání (dětská prostituce, pornografie a dětská práce nebo jakákoliv forma ubližování dítěti konána více pachateli) a rituální zneužívání. (Dunovský a kol., 1995)

2.2.2 Výskyt syndromu CAN v ČR

Následující tabulka shrnuje počet zjištěných případů syndromu CAN v České republice za rok 2016.

	Tělesné týrání	Psychické týrání	Sexuální zneužívání	Dětská pornografie	Dětská prostituce	Zanedbávání	CELKEM
Zjištěno případů	626	987	780	66	23	6934	9416
Sociální prostředí dítěte	V péči rodičů						8796
	NRP						393
	Ústavní péče nebo ZDVOP						227

Zdroj: MPSV, 2017

Z uvedené statistiky vyplývá, že zdaleka nejčastější formou syndromu CAN je zanedbávání dětí. Následuje psychické týrání, sexuální zneužívání a fyzické týrání. Nejvíce případů špatného zacházení s dětmi se objevuje v rodinách, výskyt byl ale zachycen i v náhradní rodinné péči a v ústavní péči.

2.2.3 Faktory ovlivňující výskyt syndromu CAN

Rizikové faktory na straně dětí: děti s odlišnou reaktivitou (příliš dráždivé či naopak apatické), děti s postižením, nechtěné děti

Rizikové faktory na straně pachatelů: nezletilí rodiče, nevlastní dítě, typ attachmentu, dlouhodobé vystavení stresu, nižší socioekonomický status, abúzus návykových látek, výskyt duševní choroby. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Zajímavým fenoménem je transgenerační přenos, který můžeme definovat jako „proces, jehož prostřednictvím se vědomě nebo nevědomě přenášejí rodičovské postoje a chování na další generaci.“ (Ijzendoorn, 1992, s. 76) Zážitky z dětství tedy do jisté míry ovlivňují rodičovský styl v dospělosti. Příčinou může být sociální učení, ale také míra kognitivního zpracování vlastních zážitků. V případě, že nebyly traumatické zážitky zpracovány, může docházet k ventilaci pocitů frustrace, bezmoci a křivdy prostřednictvím agrese vůči svým dětem. Dle řady studií až třetina rodičů, kteří byli oběťmi syndromu CAN, opakuje podobné chování ve vztahu ke svým dětem. Další třetina je k takovému chování náchylná v případě působení stresu, poslední třetina nevykazuje patologické chování vůči dětem. (Koukolík, Drtilová, 2008)

2.2.4 Následky týrání, zneužívání a zanedbávání

Můžeme zobecnit, že existují dva způsoby reagování na traumatické zážitky způsobené syndromem CAN:

- a) Externalizující chování: agresivita, impulzivita, poruchy chování, delikventní projevy. Objevuje se spíše u chlapců.
- b) Internalizující chování: pasivita a apatie, úzkostnost, izolace, dysthymie, suicidální tendence, poruchy příjmu potravy. Objevuje se spíše u dívek.

Mezi další projevy může patřit: narušení sebepojetí, deprese, disociativní poruchy, noční děsy, automutilace, úzkosti, fobie, zhoršení prospěchu, útoky z domova, psychosomatické reakce (např. bolesti břicha, zvracení), poruchy chování, narušení vztahů, zneužívání návykových látek. U obětí sexuálního zneužívání typicky sexualizované chování, narušení sexuální identity (role), pocity viny a studu. U obětí CAN může také dojít k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (PTSD). (Hort a kol., 2008)

Léčba obětí by měla být interdisciplinární a měla by zahrnovat zajištění bezpečí dítěte, potrestání pachatele, individuální terapii dítěte i pachatele a práci s rodinným systémem.

V další kapitole věnujeme zvláštní pozornost fenoménu psychické deprivace, jakožto součásti zanedbávání. Jedná se o nejčastější typ špatného zacházení s dětmi. Psychická deprivace je zahrnuta pod pojem citového zanedbávání.

2.3 Psychická deprivace

Psychickou deprivaci můžeme definovat jako „psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 26) Mezi psychické potřeby řadíme potřebu stimulace, kognitivního řádu, citové vazby, autonomie, otevřené budoucnosti a integrace vlastní minulosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

2.3.1 Faktory ovlivňující vznik a vývoj psychické deprivace

Langmeier a Matějček (2011) uvádějí následující rizikové faktory pro vznik citové deprivace: sociální izolace, ústavní výchova, separační prožitky (např. opakované hospitalizace), rizikové faktory na straně dítěte a rodiny. Rizikové faktory na straně dítěte a rodiny jsme zmínili již v kapitole o syndromu CAN. Zde se budeme věnovat deprivaci v ústavní péči a v rodině, což jsou témata úzce související s naší empirickou studií.

Deprivace dítěte v ústavní péči

Dnešním trendem je snaha co nejvíce přiblížit ústavní prostředí rodinnému. Většina dětských domovů je dnes rodinného typu. Děti žijí v oddělených bytových jednotkách v menších rodinných skupinách (max. 8 dětí), mají zde oddělené pokoje, kuchyň a sociální zařízení. Rodinné skupiny jsou tvořeny dětmi různého věku a pohlaví, sourozenci jsou zpravidla vychovávaní společně. Děti jsou zapojovány do péče o domácnost, navštěvují školu a kroužky mimo zařízení. Rodinná skupina má své stabilní vychovatele. Důraz je kladen na kvalifikaci a zvyšování počtu personálu. V kvalitě dětských domovů jsou samozřejmě rozdíly, je však patrné zlepšování kvality péče a výchovného prostředí. Mnoho dětských domovů poskytuje lepší životní prostředí než prostředí nefungujících biologických rodin. Je mnoho případů, kdy se vývojové opoždění dítěte začne po umístění do ústavu vyrovnávat a jeho psychický stav se stabilizuje.

Hlavním problémem ústavní výchovy tak zůstává nemožnost navázání exkluzivního citového vztahu s pečující osobou. Vychovatelé mají na starosti více dětí, a jakožto profesionálové by se měli chovat se ke všem stejně, zároveň je obtížné zachovat citovou stabilitu při střídání vychovatelů. Dle četných studií je vývoj nejvíce ovlivněn u dětí, které byly do ústavní péče umístěny ve věku do 3 – 5 let. Je to z toho důvodu, že v tomto vývojovém období vzniká specifická citová vazba k pečující osobě (attachment), která nadále ovlivňuje vývoj dítěte. Pokud dítě nemá k dispozici takovou osobu, či je od ní separováno, jeho vývoj bývá zpravidla závažně narušen. (Langmeier, Matějček, 2011; Ptáček a kol., 2011)

Deprivace v rodině

Deprivace v rodině může mít vnější a vnitřní příčiny, případně kombinaci obojího. Mezi vnější příčiny patří prostředí s nedostatkem socio-emočních podnětů, například z důvodu nízké socioekonomické úrovně rodiny, neúplné rodiny nebo časově náročného zaměstnání rodičů. Ve velmi početných rodinách může dítě trpět nedostatkem pozornosti a péče, zároveň mívají početné rodiny problémy s finanční i bytovou nouzí a dítě v důsledku toho trpí zanedbáváním. Materiální nedostatek ovšem samozřejmě nemusí být spojen s citovým zanedbáváním dítěte. K deprivaci může docházet i v rodinách na opačném pólu společenského spektra, kdy vysoká časová náročnost zaměstnání a budování kariéry může vést k citovému zanedbávání dětí.

Vnitřní příčiny deprivace tkví v osobnosti rodiče a jeho vztahu k dítěti a následky bývají zpravidla hlubší a náprava obtížnější. Vztah může být narušen z důvodu psychické nezralosti a nevyrovnanosti rodiče, mnohdy způsobené vlastními zážitky s deprivací. Rodič je zahlcen vlastními emočními obsahy a pocity křivdy, je citově nestabilní. Ve vztahu pak chybí vřelost a schopnost vyladit se na potřeby dítěte. Vztah může být také narušen z důvodu duševního onemocnění rodiče. (Langmeier, Matějček, 2011)

2.3.2 Následky psychické deprivace

„Nedostatek potřebných podnětů nepříznivě ovlivňuje vývoj osobnosti citově i podnětově strádajícího dítěte a projevuje se změnami v jeho prožívání, uvažování a chování.“ (Vágnerová, 2012, s. 26) Důsledky psychické deprivace jsou značně variabilní a jsou ovlivněny genetickou výbavou dítěte, jeho individuální citlivostí a tím, zda mělo dítě

možnost si vytvořit bezpečnou citovou vazbu k rodiči či náhradnímu pečovateli. Důležitým faktorem je také délka pobytu v nepodnětném či ohrožujícím prostředí a věk, kdy se dítě dostane do jiného prostředí. Zpravidla bývá následkem vývojové opoždění a nerovnoměrný vývoj psychických funkcí. Časté jsou odchylky ve vývoji řeči, narušení komunikačních a sociálních dovedností a snížená schopnost navazovat hlubší citové vztahy. Typické jsou obtíže se seberegulací, snížená frustrační tolerance a impulzivita a s tím související poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD).

Dle Langmeiera s Matějčkem (2011) zahrnuje klasický obraz deprivovaného dítěte opožděný vývoj řeči, sociálních a hygienických návyků a jemné motoriky. V kognitivních testech je typická nerovnoměrnost výkonu a převaha názorové složky nad verbální. Častá je školní nezralost a odklad školní docházky z důvodu emoční nezralosti a nedostatečných pracovních a sociálních návyků. S tím souvisí později horší školní prospěch, který bývá pod úrovní schopností dítěte. Časté jsou také poruchy chování a emocí a neurotické projevy. V dospívání se může objevit delikvence (krádeže, toulky, záškoláctví, lhaní, agresivita).

Co se týče sociálního chování, vyčleňují Langmeier a Matějček (2011) pět typů deprivovaných dětí:

1. Útlumový typ: Dítě je apatické a pasivní, často se projevují regresivní tendence. Projevuje se nezájmem o činnosti i kontakt s druhými. Toto chování můžeme interpretovat jako obranný mechanismus přizpůsobení nepodnětnosti prostředí
2. Sociální provokace: Dítě si vynucuje pozornost, přízeň a zájem dospělých. Časté jsou nepřátelské projevy vůči jiným dětem, které jsou považovány za konkurenci. Projevy dítěte mohou být zahlcující a nepříjemné. Dítě se bojí odmítnutí, ale paradoxně se ho svým provokativním chováním snaží nevědomě docílit, protože pak je realita předvídatelná (stane se to, co vždy, to co jsem očekával). Počáteční nejistota a nedůvěra, potvrdit si, že na něm druhým skutečně záleží
3. Sociální hyperaktivita: Dítě vyhledává kontakt s druhými, bez výraznějšího rozlišování mezi osobami. Je neselektivně přátelské a kontaktní, aniž by vytvářelo hlubší citové vazby. Sociální zájem převládá nad ostatními zájmy. Toto chování je důsledkem toho, že dítě nemá zkušenost se spolehlivým a uspokojivým vztahem

s pečující osobou. Vytvoření hlubší citové vazby je dlouhodobý proces a opožděný emoční vývoj se může projevovat přetrvávající separační úzkostí po vytvoření specifického vztahu. Nedostatek citové stability se může projevovat úzkostným lpěním na náhradních zdrojích jistoty (např. známé prostředí, hračka apod.).

4. Dobře přizpůsobení: Dítě se projevuje bez nápadností, je přizpůsobivé, milé a oblíbené. Kontakt navazuje klidně a přirozeně. Vytváří si trvalejší a hlubší vztah k jedné pečující osobě.
5. Náhradní uspokojení afektivních a sociálních potřeb: Dítě se snaží o kompenzaci nenaplněných citových potřeb prostřednictvím náhradních forem uspokojení. „Příznačné je, že tyto náhradní aktivity jsou zpravidla nižší úrovně, bližší biologickým potřebám – jídlo, masturbace, sexuální aktivity, manipulace s věcmi namísto kontaktu s lidmi atd.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 116)

Taillieu a kol. (2016) na základě svého výzkumu uvádí, že u lidí s citovým zanedbáváním v anamnéze se objevují specifické duševní poruchy: deprese, dystymie, sociální fobie a schizoidní, hraniční a vyhubávací porucha osobnosti. Tyto poruchy spojuje sociální izolace a obtíže v mezilidských vztazích, jejichž původ můžeme hledat v narušeném attachmentu v dětství.

3 Socio-emoční vývoj

Socio-emoční vývoj je zásadně ovlivňován výchovným prostředím dítěte, proto jsou velmi důležité výchovné postupy a interakce v blízkém vztahu s pečující osobou. (Denham a kol., 2009) Tyto interakce zahrnují způsob, jak rodiče zvládají řízení emocí svých dětí, včetně předcházení negativním pocitům; jak hodnotí emoce dětí (chápe, kriticky, odmítavě nebo represivně); emocionální klima v rodině; konverzace rodičů s dětmi o emocích, které ovlivňují reprezentace emocí a kvalitu vztahu mezi rodičem a dítětem jako zdroj podpory či nejistoty (Thompson, Meyer, 2007). Dítě se prostřednictvím interakcí učí porozumět emocím druhých i svým vlastním a také je regulovat. Pokud dítě nemá dostatečné emoční dovednosti, ovlivňuje to jeho fungování v sociální oblasti. Může mít obtíže při orientaci v sociálních situacích a v důsledku toho neadekvátně reagovat.

Denham a kol. (2009) vymezují pět dimenzí socio-emočního vývoje:

1. Sociální kompetence: schopnost účinně fungovat ve vývojově odpovídajících sociálních situacích. Specifické dovednosti zahrnují schopnost spolupráce, vstřícnost, schopnost řešit konflikty.
2. Attachment: citová vazba s primárním pečovatelem se stává základem pro schopnost navazování blízkých vztahů po celý život.
3. Emoční kompetence: schopnost vyjadřovat a prožívat celou řadu dobře modulovaných emocí, regulovat prožitek a vyjádření emocí, porozumět emocím vlastním i druhých lidí.
4. Sebeuvědomění: uvědomování vlastních kompetencí. Zhodnocení vlastních schopností, včetně kognitivních, fyzických a sociálních, zvláště ve srovnání s druhými. Tato schopnost je ovlivněna tím, jak je dítě hodnoceno druhými. Sebevnímání ovlivňuje motivaci a výkon dítěte.
5. Temperament: individuální rozdíly v reaktivitě (rychlost a intenzita odpovědi na stimulaci) a seberegulaci.

Socio-emoční fungování souvisí s duševním zdravím a ovlivňuje celkový vývoj dítěte. Je předpokladem pro adaptivní fungování v sociálním světě, rozvoj pozitivních vztahů, přijetí druhými, pozitivní sebepojetí, dobrý pracovní výkon a školní úspěšnost. Když dítě úspěšně nezvládne vývojové milníky socio-emočního vývoje, vzniká riziko psychopatologie (deprese, sociální fobie, porucha opozičního vzoru, poruchy chování ad.), problémového chování, výukových obtíží a zneužívání návykových látek. (Denham a kol., 2009; Grob a kol. 2013)

Socio-emoční vývoj probíhá současně s vývojem kognitivních funkcí a dozráváním mozkových struktur. Zásadním milníkem v socio-emočním vývoji je vznik teorie mysli.

3.1 Teorie mysli

Teorie mysli nebo též mentalizace je „schopnost vytvářet představy o mentálních stavech (myšlenkách, znalostech, intencích či emocích) jiných osob.“ (Nekovářová a kol., 2016, s. 169) Umožňuje jedinci porozumět motivům a emocím druhých a předvídat jejich chování. Umožňuje tedy adaptivní fungování v sociálních interakcích. Jedná se o implicitní model psychiky druhého člověka. Vyvíjí se v dětství prostřednictvím interakcí s pečující a později dalšími důležitými osobami za současného dozrávání kognitivních struktur. Teorie

mysli dozrává v průběhu ontogenetického vývoje a její rozvoj je nedílně spjat s vývojem kognitivních funkcí. Důležitými milníky jsou: sdílená pozornost (7. – 9. měsíc), kolem 2. roku schopnost tvorby sekundárních reprezentací (stálost objektu, symbolická hra, dítě se pozná v zrcadle), kolem 4. roku schopnost zaujmout mentální perspektivu druhého (test falešného přesvědčení) a decentrace od egocentrismu (předškolní věk).

Teorie mysli má dvě komponenty:

- Emocionální: schopnost rozeznávat emoce a psychický stav druhého z výrazu obličeje a dalších neverbálních signálů. Souvisí primárně s empatií.
- Kognitivní: zhodnocení situace a vyvození závěrů o záměrech druhého a jeho dalším chování.

Teorie mysli je narušena u autismu, neurologických onemocnění, poranění mozku, vrozené hluchoty a slepoty, schizofrenie, poruch osobnosti, ADHD. (Nekovářová a kol., 2016)

4 Socio-emoční kompetence

Sociálně-emoční kompetence zahrnují celou řadu dílčích dovedností. Mezi sociální kompetence patří schopnost navazování a udržování vztahů, schopnost řešit konflikty a prosociální chování, zahrnující schopnost utěšit druhého, udělat mu radost, pomoci mu. Mezi emoční kompetence patří především schopnost vyjadřovat emoce a porozumět jim a schopnost pocity regulovat. Emoční a sociální kompetence se vyvíjejí současně a navzájem se ovlivňují. (Grob a kol., 2013)

V následující části specifikujeme čtyři základní socio-emoční dovednosti, jejichž úroveň jsme měřili v rámci výzkumného šetření.

4.1 Rozpoznávání emocí

Jedná se o schopnost identifikovat a pojmenovat emoci na základě audiovizuálních signálů vnímaných u druhého člověka (mimický výraz obličeje, zvukově vyjádřené emoce). Je základem pro schopnost porozumění emocím a sociálním situacím. Umožňuje dítěti zvládat mezilidské interakce a adekvátně v nich reagovat. „Nedostatky ve schopnosti rozpoznávání emocí souvisí s emočními poruchami a s poruchami chování, zejména s pohotovostí k agresivnímu chování.“ (Grob a kol., 2013, s. 143) Schopnost pojmenovat emoce vyžaduje také určitou úroveň verbalizace.

Schopnost rozpoznávání emocí je základem pro porozumění emocím a orientaci v sociálních situacích a tím také umožňuje sociálně kompetentní jednání. Jedná se tedy o základní socio-emoční dovednost, která umožňuje adaptivní fungování v mezilidských interakcích. Tato schopnost je narušena u jedinců s poruchou autistického spektra (PAS).

4.2 Regulace emocí

Tato schopnost se vyvíjí v interakci s pečující osobou a postupně přechází od vnější regulace (dítě využívá k uklidnění pečovatele) k intrapsychické regulaci emocí. Schopnost je ovlivněna temperamentovými vlastnostmi jedince (reaktivita, emocionalita) a také počtem a kvalitou osvojených strategií emoční regulace. Od předškolního věku začíná být dítě schopno využívat kognitivní strategie jako například odvedení pozornosti, přehodnocení závažnosti situace, smíření apod. Počet strategií se s věkem zvyšuje. Strategie emoční regulace dělíme dle jejich účinnosti na:

1. Adaptivní strategie: dítě se aktivně snaží o změnu svého nepříjemného emočního stavu na pozitivní. Je schopno záměrně modifikovat emoce vlastní i druhých. Například se snaží změnit situaci, která nepříjemnou emoci způsobila (usmíří se s druhým) nebo se snaží o rozptýlení a zlepšení nálady (jde si hrát).
2. Maladaptivní strategie: dítě se nesnaží o změnu svého emočního stavu nebo svým jednáním poškozuje sebe nebo druhé. Například jedná agresivně, izoluje se, rezignuje.
3. Ostatní strategie: dítě se aktivně nesnaží o změnu svého emočního stavu na pozitivní. Například se spoléhá při regulaci na druhé (hledání sociální opory) nebo se situaci vyhýbá, či emoce potlačuje.

Jednotlivé strategie podrobněji rozebereme v rámci empirické části této práce.

Rozvinutá schopnost regulace emocí umožňuje sociálně kompetentní jednání a souvisí s dobrými mezilidskými vztahy, menším výskytem psychosociálních problémů a pocitem životní spokojenosti. „Nedostatečně rozvinutá emoční regulace je spojena s rozvojem externalizačních i internalizačních poruch chování, zejména je-li současně přítomná i zvýšená fyziologická reaktivita a negativní emocionalita.“ (Grob a kol., 2013, s. 143)

4.3 Porozumění sociálním situacím

Zahrnuje porozumění emocím druhých v kontextu sociální situace, ale i jejich kognitivním procesům (záměrům, motivům, myšlenkám) a také mezilidským vztahům. Základním předpokladem pro tuto schopnost je rozvinutá teorie mysli. Dítě si v průběhu vývoje na základě zkušeností vytváří tzv. emoční scénáře, které zahrnují schopnost rozpoznávat pocity druhých, znalosti o příčinách emocí a společenských pravidlech jejich vyjadřování (situační a kognitivní vlivy).

Schopnost rozpoznávání emocí si děti začínají osvojovat v prvním roce života. V batolecím a předškolním věku začíná rozumět emocím jako subjektivně prožívaným stavům a chápe oddělenost prožívání emocí od jejich exprese. Rozumí také situačním příčinám emocí. „Děti ve věku tří až pěti let již rozumí tomu, že pocity vyvolává spíše kognitivní interpretace situace než situace sama.“ (Grob a kol., 2013, s. 25) Postupně se

zdokonaluje schopnost rozlišování příčin různých emocí a porozumění negativním emocím.

Schopnost porozumění sociálním situacím souvisí s oblibou mezi vrstevníky, výskytem psychosociálních problémů a tendencí k agresivnímu jednání.

4.4 Sociálně-kompetentní jednání

„Jako sociálně kompetentní jednání jsou označovány schopnosti, které jsou nutné a žádoucí pro efektivní jednání dítěte v sociálních interakcích. K nim patří schopnost řešení konfliktů, navazování vztahů a schopnost prosociálního jednání.“ (Grob a kol., 2013, s. 25) Jedná se o využití schopnosti porozumění emocím v běžném životě. Schopnost jednat kompetentně v sociálních situacích souvisí s oblibou mezi vrstevníky a kvalitou mezilidských vztahů.

Od dvou měsíců věku začínají děti projevovat sociální zájem vůči vrstevníkům (dívají se na sebe navzájem), od šesti až devíti měsíců na sebe vokalizují a usmívají se a začínají napodobovat druhé. Ve druhém roce se na podkladě rozvíjející se teorie mysli začíná vyvíjet schopnost empatie a objevuje se prosociální chování. Díky tomu se postupně zdokonalují dovednosti navazování vztahů a řešení konfliktů.

4.5 Sociálně-emoční kompetence u dětí v náhradní péči

V letech 2010 – 2011 proběhla v České republice srovnávací studie vývoje dětí v náhradních formách péče provedené v České republice. Výzkumný projekt s názvem „Vývoj dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči v kontextu současného společenského vývoje“ byl realizován Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze. Jednalo se o výzkumný projekt Ministerstva práce a sociálních věcí. Jedním z řešitelů projektu byl doc. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D, který je rovněž odborným garantem naší současné výzkumné studie. Cílem výzkumu bylo zmapování vývoje dětí a jejich potřeb v různých formách náhradní péče v ČR.

Do výzkumu bylo zařazeno 315 respondentů, kteří byli rozděleni do čtyř skupin: děti z dětských domovů, děti z pěstounských rodin, děti z biologických rodin (kontrolní skupina) a děti z neúplných rodin. Byly mapovány následující oblasti: psychický vývoj, socioemoční a sociální vývoj, somatický vývoj, vývojové poruchy a symptomy duševních

poruch a specifické oblasti (např. traumatizace). Kritéria pro zařazení do výzkumu byla následující: věk 8-12 let; absence duševních nebo somatických poruch; pobyt v náhradní formě péče minimálně 1 rok. Z hlediska pohlaví bylo zastoupení následující: 52% chlapců a 48% dívek.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejslabších výkonů ve většině sledovaných oblastí dosahovaly děti umístěné v dětských domovech. O něco lepších výsledků dosahovaly děti umístěné v pěstounské péči. Děti žijící v biologických rodinách dosahovaly nejlepších výsledků.

Socioemoční vývoj byl u respondentů hodnocen psychologickým testem *IDS – Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5-10 let*. Byly použity čtyři subtesty zaměřené na sociálně-emoční kompetence (porozumění sociálním situacím, rozpoznávání emocí, regulace emocí, sociálně kompetentní jednání) a jeden subtest zaměřený na řeč (expresivní řeč). Děti z dětských domovů vykazují nejnižší výkon v subtestech zaměřených na rozpoznávání emocí a sociálně kompetentní jednání, což autoři připisují emoční deprivaci. V subtestech zaměřených na porozumění sociálním situacím a regulaci emocí vykazují děti z dětských domovů lepší výkon než děti vyrůstající v pěstounských rodinách. Autoři uvažují, že mohou být tyto výsledky odrazem psychologické práce s dětmi v dětských domovech. V subtestu zaměřeném na expresivní řeč podávaly děti z dětských domovů nejhorší výkony ze všech skupin.

Pro posouzení psychosociálních problémů byla použita hodnotící škála *Conners 3* zaměřená na projevy hyperaktivity, impulzivity, poruch chování a poruchy opozičního vzoru. Ve všech uvedených oblastech vykazují děti z dětských domovů nejvyšší výskyt projevů těchto poruch. (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011)

5 Empatie

Empatii můžeme definovat jako „schopnost sdílet emoce druhého a (do určité míry) jim porozumět.“ (Kesner, Horáček, 2016, s. 185)

Simon Baron-Cohen (2014, s. 28) definuje empatii jako „schopnost identifikovat, co si někdo jiný myslí nebo cítí, a reagovat na myšlenky a pocity druhého člověka přiměřenou emocí.“

Empatie tedy zahrnuje schopnost spoluprožití emoce druhého člověka a porozumění jeho duševnímu stavu. Na základě toho můžeme rozlišit dvě složky empatie:

1. Emocionální: schopnost sdílet prožitek druhého, tzv. afektivní rezonance
2. Kognitivní: schopnost rozpoznat a porozumět mentálnímu stavu druhého a jeho příčinám. Jedná se o teorii mysli.

Dle Barona-Cohena (2014) je empatie v populaci rozdělena dle Gaussovy křivky normálního rozložení a ženy mají vyšší empatii než muži. Uvádí sedm úrovní empatie, přičemž na levé straně spektra (nulová empatie) se nacházejí jedinci s poruchou autistického spektra a s některými poruchami osobnosti (disociální, narcistická a hraniční). Na druhé straně spektra se nacházejí výjimečně altruističtí jedinci, kteří se neustále zabývají pocity druhých a upřednostňují jejich zájmy nad vlastními. Schopnost empatie je předpokladem prosociálního chování.

Schopnost empatie se vyvinula evolučně a její počátky můžeme hledat v mateřské péči o potomky. Její ontogenetický vývoj je ovlivněn geneticky a faktory prostředí. Významným negativním faktorem, který může narušit vývoj empatie, je působení dlouhodobého stresu v raném dětství. Raný stres má vliv na vývoj mozkových oblastí (hipokampus, amygdala) zodpovědných za empatickou reakci a způsobuje jejich atypické fungování. Mezi rizikové faktory způsobující raný stres řadíme syndrom CAN, citovou deprivaci, nejistý attachment a rané trauma. (Baron-Cohen, 2014)

Empatická reakce může být narušena v důsledku úrazu mozku a řady neurologických a psychiatrických onemocnění. Nedostatek empatie je typický pro disociální poruchu osobnosti. Abnormální zpracování emocí a schopnost empatie můžeme nalézt také u hraniční poruchy osobnosti. (Kesner, Horáček, 2016)

Empatická reakce je ovlivněna řadou faktorů: momentálním stavem jedince (např. stres), jeho osobnostními rysy, kontextem situace, předchozími zkušenostmi s pozorovanou emocí, intenzitou emoce, vztahem k pozorovanému. Intenzita reakce je silnější, pokud má jedinec k pozorované osobě osobní vztah, či patří do stejné sociální skupiny (např. osoba stejné rasy). (Kesner, Horáček, 2016)

5.1 Empatie z hlediska neurobiologie

Neurovědní výzkumy prokázaly, že při empatické reakci se aktivuje mnoho specifických oblastí mozkových struktur. Pomocí zobrazovacích metod došlo k zajímavým zjištěním, která se týkají empatie.

Hypotéza sdílených neuronálních sítí: Pomocí zobrazovacích metod (magnetická rezonance, EEG) bylo prokázáno, že u jedince, který sleduje druhého člověka, jak dostává bolestivý podnět, se aktivují stejné mozkové oblasti jako při vlastním prožitku bolesti.

Inferenční hypotéza: Empatická reakce se neobjevuje pouze na základě sledování emocí druhých, ale až při vnitřní simulaci stavu druhého, kdy se jedinec vžívá do situace druhého. Proto empatická reakce vzniká i na základě pouhých představ a nepřímého odvozování emočního stavu druhého např. při popisu jeho situace.

Zrcadlové neurony: Byly objeveny u opic a jejich existence byla potvrzena i u člověka. Při sledování pohybu druhého se aktivují v mozku skupiny nervových buněk, které řídí stejný pohyb. Umožňují tedy vnitřní modelování pozorované situace, není však jisté, zda tato simulace funguje i v případě emocí. Empirické důkazy o aktivaci určité oblasti v mozku nevysvětlují spoluprožívání a mentalizaci. (Kesner, Horáček, 2016)

Empirická část

6 Charakteristika výzkumného šetření

6.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

V rámci výzkumu jsem se zabývala třemi oblastmi: sociálně-emočními kompetencemi, empatií a psychosociálními problémy u dětí. Tyto oblasti byly posuzovány v rámci čtyř výzkumných skupin (děti z biologických rodin, dětských domovů, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a pěstounské péče).

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, zda existuje vztah mezi úrovní socio-emočních dovedností, mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů u dětí. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou mezi sledovanými proměnnými rozdíly v závislosti na formě péče. V rámci skupiny náhradní péče jsem se zaměřila na to, zda délka pobytu v institucionální péči ovlivňuje sledované oblasti. Pomocí obsahové analýzy jsem zkoumala, zda se objeví specifika ve strategiích regulace emocí a sociálně kompetentního jednání v závislosti na formě péče. Na základě uvedených cílů jsem si položila pět výzkumných otázek. Hypotézy byly zformulovány v souladu s teoretickými východisky, která jsem získala prostudováním odborné literatury.

Výzkumné otázky:

1. Existuje vztah mezi úrovní socio-emočních dovedností, mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů u dětí?

Hypotéza 1: Mezi úrovní socio-emočních dovedností a mírou empatie u dětí existuje přímo úměrný vztah.

Hypotéza 2: Mezi úrovní socio-emočních dovedností a výskytem psychosociálních problémů u dětí existuje nepřímo úměrný vztah.

Hypotéza 3: Mezi mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů u dětí existuje nepřímo úměrný vztah.

Hypotéza 4: Mezi mírou empatie a výskytem prosociálního chování existuje přímo úměrný vztah.

2. Liší se úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů v závislosti na formě péče?

Hypotéza 5: Úroveň socio-emočních dovedností se liší v závislosti na formě péče.

Hypotéza 6: Míra empatie se liší v závislosti na formě péče.

Hypotéza 7: Výskyt psychosociálních problémů se liší v závislosti na formě péče.

3. Souvisí délka pobytu v institucionální péči s úrovní socio-emočních kompetencí, mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů?

Hypotéza 8: Úroveň socio-emočních dovedností bude nižší u dětí, které jsou v institucionální péči delší dobu.

Hypotéza 9: Míra empatie bude nižší u dětí, které jsou v institucionální péči delší dobu.

Hypotéza 10: Výskyt psychosociálních problémů bude vyšší u dětí, které jsou v institucionální péči.

4. Jaké jsou strategie emoční regulace u dětí v různých formách péče? Existují mezi nimi rozdíly?
5. Jaké jsou strategie jednání v sociálních situacích u dětí v různých formách péče? Existují mezi nimi rozdíly?

6.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor zahrnuje 34 dětí ve věku 5-10 let. Soubor zahrnuje děti z biologických rodin (10 respondentů) a ze třech forem náhradní péče: dětské domovy (14 dětí), zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (8 dětí) a pěstounská péče (2 děti). Výzkumu se zúčastnilo 7 biologických rodin, 3 dětské domovy, 2 zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a 2 pěstounské rodiny. Z hlediska pohlaví jsou respondenti rozděleni následovně: v celkovém souboru je 15 dívek (44%) a 19 chlapců (56%), z toho ve skupině z biologických rodin je 6 dívek a 4 chlapci, z dětských domovů 4 dívky a 10 chlapců, z ZDVOP 5 dívek a 3 chlapci a z pěstounské péče 2 chlapci. Průměrný věk respondentů je 8 let.

Institucionální formu péče jsem rozdělila na dvě skupiny (dětský domov a ZDVOP) z důvodu rozdílné povahy těchto typů zařízení. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc by mělo fungovat jako krizové přechodné zařízení, kde by děti měly pobývat maximálně rok (v rámci našeho výzkumného vzorku byla tato doba vyšší u dvou respondentů). Dětský domov je zařízení spíše dlouhodobé povahy. Tomu odpovídá rozdíl v průměrné délce pobytu v náhradní péči u dětí z těchto dvou skupin.

Kritéria pro výběr respondentů byla určena tři: 1) věk 5-10 let. Věk byl omezen z důvodu použití testové metody IDS, která je standardizována pro děti v uvedeném věkovém rozpětí; 2) nepřítomnost mentální retardace; 3) pobyt v náhradní formě péče minimálně 1 rok. Po rozdělení skupiny institucionální péče na dvě podskupiny (dětské domovy a ZDVOP) bylo poslední kritérium v případě ZDVOP zmírněno na minimální dobu pobytu 10 měsíců. Důvodem je povaha ZDVOP jakožto krizového zařízení, kde by děti měly pobývat maximálně rok.

Tři respondenti byli z výzkumu vyřazeni, dva z důvodu přítomnosti mentální retardace a jeden v důsledku nevalidního protokolu IDS. Protokol nebyl validní z důvodu nespolupráce dítěte, kdy na většinu otázek odpovídalo „nevím“, výsledek by byl tedy velmi nízký a neodpovídal by schopnostem dítěte.

Získávání respondentů pro výzkum bylo poměrně komplikované a časově náročné, především co se týče respondentů z pěstounských rodin. Oslovila jsem několik organizací na podporu pěstounů a několik OSPODů. Ozvalo se několik pěstounů, nicméně svěřené děti nespádaly do cílové skupiny. Dvě pěstounské organizace zprostředkovaly nabídku účasti na výzkumu pěstounům, z oslovených na nabídku účasti odpověděly dvě pěstounské rodiny. Co se týče dětských domovů, oslovila jsem ředitele prostřednictvím e-mailu a telefonicky. Se získáním respondentů ze ZDVOP nebyl větší problém, protože v této oblasti pracuji a mohla jsem tedy využít profesní kontakty. Biologické rodiny jsem pro výzkum získala za pomoci rodiny a známých.

6.2.1 Analýza informací z anamnestického dotazníku

Co se týče biologických rodin, byly do výzkumu zařazeny pouze děti z úplných rodin. V jejich anamnéze se neobjevily žádné závažné informace.

U dětí vyrůstajících v náhradní péči byly pomocí anamnestického dotazníku mapovány následující oblasti:

Důvod odebrání z rodiny

Důvody odebrání dítěte z rodiny v rámci našeho výzkumného vzorku byly následující: finanční a bytová nouze rodičů (7 respondentů, 29%), zanedbání péče (7 respondentů, 29%), týrání (3 respondenti, 13%), psychické onemocnění matky (3 respondenti, 13%), zneužívání návykových látek rodiči (2 respondenti, 8%) a rodič ve výkonu trestu odnětí svobody (2 respondenti, 8%). Je důležité poznamenat, že rizikových faktorů je v rodinách odebraných dětí většinou více zároveň. V rámci našeho výzkumného vzorku jsme identifikovali několik opakujících se rizikových faktorů: nezaměstnanost, kriminalita, otec neuveden v rodném listě, úmrtí druhého rodiče, výkon trestu druhého rodiče, psychické onemocnění rodiče, abúzus alkoholu a/nebo návykových látek. Matky třech respondentů samy vyrůstaly v dětském domově. Většina respondentů (17, 71%) pochází z rodin se třemi a více dětmi. Sourozenci jsou zpravidla všichni umístěni v náhradní péči. Většina respondentů je se svými rodiči v kontaktu formou telefonických hovorů a návštěv.

Syndrom CAN

Z respondentů vyrůstajících v náhradní péči bylo 13 dětí (54%) zasaženo syndromem CAN. V jednotlivých formách péče byl výskyt následující: dětské domovy (7 respondentů, 50%), ZDVOP (4 respondenti, 50%), pěstounská péče (2 respondenti, 100%). Z hlediska formy syndromu CAN bylo nejčastější zanedbávání (8 respondentů, 61%), kombinace psychického a fyzického týrání (4 respondenti, 31%) a fyzické týrání (1 respondent, 8%).

Ústavní anamnéza

Průměrná délka pobytu v náhradní péči (celková doba pobytu mimo rodinu včetně případných předchozích umístění) v době realizace výzkumu byla 27,8 měsíců (tedy 2 roky a 4 měsíce). Z toho u dětí z dětských domovů 32,6 měsíců (2 roky a 9 měsíců), ze ZDVOP 14,6 měsíců (1 rok a 3 měsíce) a z pěstounské péče 47 měsíců (3 roky a 11 měsíců). Předchozí umístění v náhradní péči má v anamnéze 62,5% respondentů (15 dětí). Většinou

se jednalo o umístění ve ZDVOP (jakožto krizovém přechodném zařízení) před umístěním do dětského domova. U několika dětí aktuálně umístěných ve ZDVOP se jednalo o opakovaný pobyt. Dva respondenti prošli více než dvěma zařízeními pro děti. Čtyři respondenti vyrůstali v náhradní péči již před dosažením tří let věku.

Problémové chování

Problémové chování bylo pečovateli zmíněno u 10 respondentů (42%) umístěných v náhradní péči. Většina z nich (7) je umístěna v dětském domově. Pečovatelé (vychovatelé, pěstouni) nejčastěji uvádějí agresivitu vůči vrstevníkům a nerespektování autority. Ojediněle pak krádeže, lhaní, podvody, kázeňské přestupky v ZŠ, agresivitu vůči dospělým, sexualizované chování a automutilaci.

Pět respondentů má psychiatrickou diagnózu. Ve čtyřech případech se jedná o ADHD (pouze v 1 případě medikováno) a v jednom případě o posttraumatickou stresovou poruchu v důsledku týrání.

6.3 Metodologie výzkumu

Testové metody byly vybrány na základě doporučení garanta výzkumného projektu PhDr. Et Ph.Dr. Radka Ptáčka, Ph.D a vedoucího projektu Davida Adama. Výběr metod byl zároveň konzultován s vedoucí a konzultantkou mé diplomové práce.

Testová baterie zahrnuje čtyři metody: anamnestický dotazník, dva posuzovací dotazníky (*EQ-C*, *SDQ*) a jeden psychologický test (*IDS*), který jsem administrovala přímo s dítětem. Pečující osoby jsem instruovala o způsobu vyplnění dotazníků.

Anamnestický dotazník

Dotazník jsem vytvořila spolu s Davidem Adamem a bude využit i v rámci připravovaného výzkumného projektu. Vytvořili jsme tři verze dotazníku: pro biologické rodiny, pěstouny a dětské domovy. Slouží ke zmapování jednotlivých případů z hlediska demografických charakteristik (např. věk, pohlaví), rizikových faktorů na straně dítěte (např. problémové chování, psychické poruchy, syndrom CAN), rizikových faktorů na straně rodiny (např. psychiatrická heredita, kriminalita, abúzus NL) a historie náhradní péče (např. doba pobytu v NP, důvod odebrání z rodiny, předchozí umístění). Dotazník je administrován pečující osobou, případně ve spolupráci se sociálním pracovníkem (v případě institucionální péče).

Dotazník předností a nedostatků (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

Dotazník slouží k identifikaci psychosociálních problémů pozorovaných pečovateli. Je určen pro hodnocení dětí ve věku od 4 do 17 let. Pečovatelé posuzují 25 položek zaměřených na problémy v chování a emocích dítěte na tříbodové škále. Zahrnuje pět škál po pěti položkách: škála emocionálních problémů (EMOP), škála problémového chování (PCH), škála hyperaktivity (HYPER), škála problémů s vrstevníky (PVRST) a prosociální škála (PROSOC). Získáme skóre jednotlivých škál a skóre celkových obtíží (CO). Skóre celkových obtíží získáme součtem všech škál s výjimkou prosociální škály. Pro skóre celkových obtíží a všechny škály v něm zahrnuté platí, že vyšší skóre značí více psychosociálních problémů. Pro prosociální škálu platí, že vyšší skóre značí více prosociálního chování. Dotazník není standardizován na českou populaci. V češtině je dotazník dostupný na internetových stránkách: <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Czech>. Instrukce k vyhodnocení dotazníku jsem pro účely této práce i výzkumné studie přeložila z anglického originálu dostupného na uvedených webových stránkách.

Dotazník Kvocient empatie pro děti (EQ-C)

Dotazník vytvořený Simonem Baronem-Cohenem je zaměřený na projevy empatie u dětí. Otázky pokrývají oba aspekty empatie (emocionální a kognitivní). Je určen pro děti ve věku 4-11 let. Pečovatelé posuzují, do jaké míry souhlasí s výroky o chování, zájmech a zkušenostech dítěte. Hodnotí 27 položek na čtyřbodové škále. Získáme skóre kvocientu empatie. Dotazník není standardizován na českou populaci. V češtině je dotazník dostupný v knize S. Barona-Cohana Věda zla (2014). Využití dotazníku v rámci výzkumného projektu bylo konzultováno přímo s jeho autorem S. Baronem-Cohenem. V rámci výzkumného projektu plánujeme standardizaci této metody na českou populaci.

Intelligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5-10 let (IDS), část Sociálně-emoční kompetence

Test administruje výzkumník s dítětem. Zahrnuje 4 subtesty:

Rozpoznávání emocí (ROZE) – dítěti jsou předkládány fotografie obličejů dětí, mimicky vyjadřující určitou emoci (radost, vztek, strach, smutek, překvapení), úkolem dítěte je emoci správně pojmenovat.

Regulace emocí (REGE) – dítě je dotazováno na strategie regulace pocitů vzteku, strachu a smutku, hodnotíme, do jaké míry jsou strategie adaptivní.

Porozumění sociálním situacím (PSS) – dítěti jsou předloženy dva obrázky situací, úkolem je popsat dění na obrázku a emoce aktérů a vysvětlit jejich příčinu

Sociálně kompetentní jednání (SKJ) – dítěti jsou předloženy ilustrativní obrázky několika situací a je dotazováno, jak by se v dané situaci chovalo. Hodnotíme, zda je uvedená strategie pro situaci vhodná.

Získáme skóry pro jednotlivé subtesty a celkový socio-emoční index (SEI). Test je standardizován na českou populaci.

Testování s dítětem probíhalo v klidné místnosti, bez rušivých vlivů a v ideálním případě bez přítomnosti dalších osob. Pokud chtěly být pečující osoby přítomny, byly instruovány, aby do testování nezasahovaly. Výzkum zahrnoval jedno setkání s dítětem a pečovatelem. Pečující osoby jsem instruovala o způsobu vyplnění dotazníků a zodpověděla případné doplňující otázky. Sama jsem pak administrovala metodu *IDS* s dítětem.

7 Výsledky

7.1 Statistická analýza dat

Data z dotazníků a záznamového archu IDS byla převedena do elektronické podoby v Microsoft Excel a dále byla zpracována pomocí statistického programu SPSS. Kalmogorovovým-Smirnovovým testem bylo ověřeno, že data mají normální rozdělení. Proto bylo možné použít ke statistickému zpracování dat parametrický test ANOVA. Dále jsem použila Pearsonův korelační koeficient a deskriptivní analýzu (průměr, směrodatná odchylka).

Pro testování hypotéz jsem zvolila hladinu významnosti 0,05. Za statisticky významné tedy považujeme výsledky, kdy hodnota $p < 0,05$. Hladina významnosti 5% je v tabulkách označena symbolem *, hladina významnosti 1% je značena symbolem **.

Vzájemné vztahy mezi úrovní socio-emočních dovedností, mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů

Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsem hodnotila vzájemné vztahy mezi sledovanými proměnnými (úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů). Vztahy jsou sledovány v rámci celkových skóre dosažených v jednotlivých testech (EQ-C, IDS, SDQ). V rámci subškál jsem hodnotila vztah mezi empatií a prosociálním chováním. Tímto měřením získáme mimo jiné informace o psychometrických vlastnostech (validitě a reliabilitě) použitých testových metod.

Hypotéza 1: Mezi úrovní socio-emočních dovedností a mírou empatie u dětí existuje přímo úměrný vztah.

Na hladině významnosti 1% byla prokázána statisticky významná korelace mezi úrovní socio-emočních dovedností a mírou empatie (0,492, $p=0,002$). Korelace je pozitivní, tedy čím vyšší je úroveň socio-emočních dovedností, tím vyšší je míra empatie.

Hypotézu tedy potvrzujeme.

Hypotéza 2: Mezi úrovní socio-emočních dovedností a výskytem psychosociálních problémů u dětí existuje nepřímý úměrný vztah.

Na hladině významnosti 1% byla prokázána statisticky významná negativní korelace mezi úrovní socio-emočních dovedností a výskytem psychosociálních problémů ($-0,398$, $p=0,010$). To znamená, že čím vyšší je úroveň socio-emočních kompetencí u dítěte, tím nižší je výskyt psychosociálních problémů.

Hypotézu tedy potvrzujeme.

Hypotéza 3: Mezi mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů u dětí existuje nepřímo úměrný vztah.

Na hladině významnosti 1% byla prokázána statisticky významná negativní korelace mezi mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů ($-0,864$, $p=0,000$). To znamená, že čím vyšší je míra empatie u dítěte, tím nižší je výskyt psychosociálních problémů.

Hypotézu tedy potvrzujeme.

Hypotéza 4: Mezi mírou empatie a výskytem prosociálního chování existuje přímo úměrný vztah.

Na hladině významnosti 1% byla prokázána statisticky významná korelace mezi mírou empatie a výskytem prosociálního chování ($0,0867$, $p=0,000$). To znamená, že čím vyšší je míra empatie u dítěte, tím vyšší je výskyt prosociálního chování.

Hypotézu tedy potvrzujeme.

Tab. 1: Korelace výsledků testů – celkové skóry

Korelace výsledků testů – celkové skóry				
		EQ-C	IDS	SDQ
EQ-C	Pearson Corr.	1	0,492**	-0,864**
	Sig. (1-tailed)		0,002	0,000
	N		34	34
IDS	Pearson Corr.	0,492**	1	-0,398**
	Sig. (1-tailed)	0,002		0,010
	N	34		34
SDQ	Pearson Corr.	-0,864**	-0,398**	1
	Sig. (1-tailed)	0,000	0,010	
	N	34	34	
Korelace EQ-C A PROSOC		PROSOC		
EQ-C	Pearson Corr.	-0,867**		
	Sig. (1-tailed)	0,000		
	N	34		

* statisticky významné pro hladinu významnosti 5%, ** statisticky významné pro hladinu významnosti 1%

Úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů v závislosti na formě péče

Pomocí analýzy rozptylu (ANOVA) jsme hodnotili rozdíly ve sledovaných proměnných (úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů) v závislosti na formě péče (biologická rodina, dětský domov, ZDVOP, pěstounská péče). Rozdíly jsou sledovány v rámci celkového skóru dosaženého v jednotlivých testech (EQ-C, IDS SEI, SDQ CO) a také v rámci skóre jednotlivých subtestů u IDS a subškál SDQ.

Hypotéza 5: Úroveň socio-emočních kompetencí se liší v závislosti na formě péče.

Na hladině významnosti 5% nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi formou péče a celkovou úrovní socio-emočních dovedností (SEI). Byla ovšem prokázána

souvislost mezi formou péče a dovedností sociálně kompetentního jednání (SKJ; $p=0,029$). Hypotézu můžeme tedy potvrdit pouze částečně. Celková úroveň socio-emočních kompetencí se v závislosti na formě péče neliší, liší se pouze úroveň jedné složky, a to sociálně kompetentního jednání.

Hypotéza 6: Míra empatie se liší v závislosti na formě péče.

Na hladině významnosti 5% byla prokázána statisticky významná souvislost mezi formou péče a mírou empatie ($p=0,000$).

Hypotézu tedy potvrzujeme.

Hypotéza 7: Výskyt psychosociálních problémů se liší v závislosti na formě péče.

Na hladině významnosti 5% byla prokázána statisticky významná souvislost mezi formou péče a výskytem psychosociálních problémů (CO; $p=0,002$). Co se týče jednotlivých složek, byla prokázána statisticky významná souvislost mezi formou péče a výskytem problémového chování (PCH; $p=0,001$), hyperaktivity (HYPER; $p=0,003$) a prosociálního chování (PROSOC; $p=0,000$).

Hypotézu tedy potvrzujeme.

Tab. 2: ANOVA – rozdíly ve sledovaných proměnných v závislosti na formě péče

Analýza rozptylu (ANOVA)			
Test	Subtest	F	Sig.
EQ-C		8,819	0,000*
IDS	SEI	2,929	0,050
	ROZE	1,043	0,388
	REGE	0,934	0,436
	PSS	2,194	0,109
	SKJ	3,460	0,029*
SDQ	CO	6,229	0,002*
	EMOP	1,079	0,373
	PCH	7,355	0,001*
	HYPER	5,711	0,003*
	PVRST	1,894	0,152
	PROSOC	25,696	0,000*

Rozdíly ve sledovaných proměnných v závislosti na konkrétní formě péče můžeme vidět v tabulce 3. Míra empatie se nejvíce liší u dětí vyrůstajících v biologických rodinách oproti dětem vyrůstajícím v dětských domovech ($p=0,001$) a ZDVOP ($p=0,004$).

Dovednost sociálně kompetentního jednání se statisticky významně liší u dětí z dětských domovů oproti dětem vyrůstajícím v pěstounské péči ($p=0,043$).

Výskyt psychosociálních problémů se nejvíce liší u dětí vyrůstajících v biologických rodinách oproti dětem vyrůstajícím v dětských domovech ($p=0,007$) a ZDVOP ($p=0,024$). Stejně tak je tomu s výskytem problémového chování (u DD i ZDVOP $p=0,006$), hyperaktivity (u DD $p=0,029$; u ZDVOP $p=0,019$) a prosociálního chování (u DD i ZDVOP $p=0,000$).

Tab. 3: Rozdíly ve sledovaných proměnných mezi jednotlivými formami péče

Post Hoc analýza: Scheffého metoda mnohonásobného porovnávání				
Závislá proměnná		Forma péče	Forma péče	Sig.
EQ-C		BIO	DD	0,001*
			ZDVOP	0,004*
			PP	0,408
IDS	SKJ	DD	BIO	0,469
			ZDVOP	0,972
			PP	0,043*
SDQ	CO	BIO	DD	0,007*
			ZDVOP	0,024*
			PP	0,103
	PCH	BIO	DD	0,006*
			ZDVOP	0,006*
			PP	0,064
	HYPER	BIO	DD	0,029*
			ZDVOP	0,019*
			PP	0,071
	PROSOC	BIO	DD	0,000*
			ZDVOP	0,000*
			PP	0,064

V tabulce 4 uvádíme průměrné hodnoty, kterých respondenti ze sledovaných skupin dosáhli v jednotlivých testech na základě celkových skóre. *N* značí počet respondentů v jednotlivých skupinách.

Na základě výsledků můžeme konstatovat, že nejvyšší míru empatie a nejméně psychosociálních problémů v rámci našeho výzkumného vzorku mají děti vyrůstající v biologických rodinách.

Děti vyrůstající v dětských domovech a ZDVOP dosáhly ve všech sledovaných proměnných nejhorších výsledků (nejmenší míra empatie, nejnížší úroveň socio-emočních

kompetencí, největší výskyt psychosociálních problémů), přičemž mezi výsledky těchto dvou skupin není významný rozdíl.

Děti z pěstounské péče mají nejvyšší úroveň socio-emočních dovedností a nejvíce psychosociálních problémů. Výsledky dětí z pěstounské péče je ovšem nutno interpretovat opatrně, vzhledem k tomu, že skupina zahrnuje pouze dva respondenty.

Z výše uvedeného je statisticky významný pouze rozdíl v míře empatie a výskytu psychosociálních problémů u skupiny dětí z biologických rodin oproti dětem z DD a ZDVOP. V úrovni socio-emočních dovedností není mezi sledovanými skupinami statisticky významný rozdíl.

Tab. 4: Průměrné hodnoty celkových skóre EQ-C, IDS, a SDQ

Deskriptivní statistika celkových skóre EQ-C, IDS, a SDQ							
Forma péče		EQ-C		IDS		SDQ	
	N	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD
BIO	10	42,5	5,34	111,3	9,62	5,3	2,98
DD	14	23,36	12,33	100,5	12,11	14,5	7,67
ZDVOP	8	23,63	8,3	101,88	15,33	14,38	4,63
PP	2	29,5	10,61	121,5	7,78	17	4,24

V tabulce 5 uvádíme průměrné hodnoty vážených skóre u jednotlivých subtestů IDS. Statisticky významný rozdíl se prokázal pouze v případě dovednosti sociálně kompetentního jednání mezi skupinami z dětských domovů a pěstounské péče, přičemž děti z pěstounských rodin dosáhly významně lepších výsledků. Opět upozorňuji, že výsledky dětí z pěstounské péče je nutno interpretovat opatrně.

Tab. 5: Průměrné hodnoty vážených skóre subtestů IDS

Deskriptivní statistika IDS											
Forma péče		SEI		ROZE		REGE		PSS		SKJ	
	N	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD
BIO	10	111,3	9,62	10,8	3,49	11,8	1,14	13,2	2,44	10,4	2,63
DD	14	100,5	12,11	8,93	2,09	11,71	2,46	10,93	2,56	8,71	2,37
ZDVOP	8	101,88	15,33	9,38	3,16	10,25	3,11	12,13	2,23	9,25	2,82
PP	2	121,5	7,78	11	0	12,5	3,54	14	1,41	14,5	0,71

V tabulce 6 uvádíme průměrné hodnoty skóre jednotlivých subškál SDQ. Statisticky významný rozdíl se prokázal v případě skóre celkových obtíží, problémového chování, hyperaktivity a prosociálního chování, a to mezi dětmi z biologických rodin a dětmi z dětských domovů a ZDVOP. U dětí z dětských domovů a ZDVOP můžeme sledovat významně vyšší výskyt celkových obtíží v psychosociální oblasti, více problémového chování a hyperaktivity než u dětí v biologických rodinách. Naopak výskyt prosociálního chování je u nich významně nižší než u dětí vyrůstajících v rodinách.

Tab. 6: Průměrné hodnoty skóre subškál SDQ

Deskriptivní statistika SDQ													
Forma péče		CO		EMOP		PCH		HYPER		PVRST		PROSOC	
	N	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD
BIO	10	5,3	2,98	1,3	1,42	0,5	0,97	2,6	2,01	0,9	1,91	9,4	0,7
DD	14	14,5	7,67	2,71	2,53	2,71	1,33	5,93	2,9	3,14	2,77	4,86	1,51
ZDVOP	8	14,38	4,63	2,63	2,26	3	1,69	6,63	2,2	2,13	1,81	5,25	0,89
PP	2	17	4,24	3,5	3,54	3,5	2,12	8	2,83	2	0	6,5	3,54

Úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů v závislosti na délce pobytu v institucionální péči

Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsem hodnotila souvislost mezi délkou pobytu v institucionální péči a sledovanými proměnnými (úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů). Korelace jsou sledovány

v rámci celkových skóre dosažených v jednotlivých testech (EQ-C, IDS, SDQ) i skóre jednotlivých subtestů u IDS a subškál u SDQ.

Hypotéza 8: Úroveň socio-emočních dovedností bude nižší u dětí, které jsou v institucionální péči delší dobu.

Na hladině významnosti 5% nebyla prokázána statisticky významná korelace mezi úrovní socio-emočních dovedností a dobou pobytu v institucionální péči.

Hypotézu tedy nepotvrzujeme.

Tab. 7: Korelace výsledků IDS s dobou pobytu v institucionální péči

Korelace výsledků IDS s dobou pobytu v institucionální péči						
		SEI	ROZE	REGE	PSS	SKJ
Doba v IP	Pearson Corr.	0,065	-0,050	0,142	-0,088	0,175
	Sig. (1-tailed)	0,412	0,265	0,348	0,218	0,387
	N	22	22	22	22	22

Hypotéza 9: Míra empatie bude nižší u dětí, které jsou v institucionální péči delší dobu.

Na hladině významnosti 5% nebyla prokázána statisticky významná korelace mezi mírou empatie a dobou pobytu v institucionální péči.

Hypotézu tedy nepotvrzujeme.

Tab. 8: Korelace výsledků EQ-C s dobou v institucionální péči

Korelace výsledků EQ-C s dobou pobytu v institucionální péči		
		EQ-C
Doba v IP	Pearson Corr.	0,019
	Sig. (1-tailed)	0,466
	N	22

Hypotéza 10: Výskyt psychosociálních problémů bude vyšší u dětí, které jsou v institucionální péči delší dobu.

Na hladině významnosti 5% nebyla prokázána statisticky významná korelace mezi výskytem psychosociálních problémů a dobou pobytu v institucionální péči.

Hypotézu tedy nepotvrzujeme

Tab. 9: Korelace výsledků SDQ s dobou pobytu v institucionální péči

Korelace výsledků SDQ s dobou pobytu v institucionální péči							
		CO	EMOP	PCH	HYPER	PVRST	PROSOC
Doba v IP	Pearson Corr.	0,022	-0,200	0,010	0,126	0,113	0,037
	Sig. (1-tailed)	0,460	0,186	0,483	0,287	0,309	0,436
	N	22	22	22	22	22	22

7.2 Obsahová analýza a interpretace

Zde se zaměřím na kvalitativní analýzu dat získaných pomocí dvou subtestů testové metody IDS, a to *Regulace emocí* a *Sociálně kompetentní jednání*. Děti zde odpovídají na otevřené otázky týkající se strategií emoční regulace a chování v různých sociálních situacích a získáme tedy jejich subjektivní výpovědi. Pro účely porovnání výsledků mezi skupinami a jejich interpretace jsem v rámci obsahové analýzy provedla také jednoduchou kvantitativní analýzu získaných dat.

7.2.1 Strategie emoční regulace

Dítě je v rámci subtestu dotazováno, jaké strategie používá ono samo či jaké by mohly použít jiné děti k regulaci pocitů vzteku, strachu a smutku. Zjišťujeme tedy, jaké strategie dítě zná. Je důležité si uvědomit, že to nemusí nutně vypovídat o tom, jaké strategie skutečně ve svém životě používá. V rámci analýzy se budu věnovat množství a kvalitě strategií, které má dítě k dispozici a má o nich povědomí, ať už je aktivně využívá či ne.

Pro účely obsahové analýzy strategií emoční regulace jsem použila kategorizaci metody IDS. Jednotlivé strategie stručně vymezím a uvedu příklady odpovědí respondentů z mé výzkumné studie. Poté se za pomoci kvantitativní analýzy podívám na rozdíly ve

strategiích mezi zkoumanými skupinami a pokusím se vystihnout případné zajímavé fenomény.

Dělení a příklady strategií emoční regulace

Strategie v souladu s IDS (Grob a kol., 2013) dělím dle jejich efektivity na tři kategorie: adaptivní, maladaptivní a ostatní.

a) Adaptivní strategie emoční regulace

Dítě projevuje aktivní snahu o změnu svého negativního emočního stavu na pozitivní. Může tak činit přímým jednáním (např. rozptýlení), či mentálně (např. kognitivní řešení problému, přehodnocení). Kognitivní strategie jsou sofistikovanější a schopnost jejich využívání se zdokonaluje v průběhu vývoje.

1. Jednání zaměřené na problém: Dítě se snaží aktivně změnit situaci, která nepříjemnou emoci způsobila. Patří sem i desenzitizace (opakované vystavení podnětu za účelem snížení citlivosti, jinými slovy „zvyknutí si“). Můžeme si všimnout, že se v rámci všech sledovaných skupin objevuje kombinace vnější i vnitřní atribuce příčin nepříjemných pocitů. Toto považujeme za znak zdravého socio-emočního vývoje.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Vzít si čelovku, baterku.“	Strach
	„Pořád se na to koukám, na to strašidelný.“	Strach
	„Omluvil by se tomu, koho taky trochu naštvál.“	Vzteky
DD	„Omluvím se.“	Vzteky
	„Tam jdu a chci vidět, co tam je.“	Strach
ZDVOP	„Rozsvítím, když chci jít na záchod.“	Strach
	„Podíval bych se znova.“	Strach
PP	„Napravit to.“	Smutek

2. Rozptýlení (relaxace): Dítě dělá něco, co ho baví, aby odpoutalo svou pozornost od nepříjemné emoce.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Hrát si s kamarádama.“ „Skáču přes švihadlo.“	Vztek Smutek
DD	„Hraju fotbal“ „Řeknu někomu, ať mě zlechtá.“ „Povídám si s tetou. ¹ “	Vztek Smutek Vztek
ZDVOP	„Jít se koulovat.“ „Sednu si a koukám na telku.“	Smutek Smutek
PP	„Jít za kamarádama, jezdit na kole.“	Vztek

3. Zlepšení nálady: Dítě se snaží rozveselit, myslí na hezké věci. Strategie je podobná rozptýlení, liší se však zaměřením na pozitivní emoci.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Vzpomenu si na něco veselýho“	smutek
DD	„Rozveselit se – jít s kamarádkama na zmrzku.“ „Půjdu za hezkou holkou a řeknu: „Ahoj, jak se máš?““	Smutek Smutek
ZDVOP	„Myslet na něco hezkýho.“	Strach
PP	„Koukat na veselou věc, třeba sluníčko.“	smutek

4. Zapomenutí: Dítě se snaží nemyslet na to, co způsobilo nepříjemnou emoci.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Přestanu na to myslet.“	strach
DD	„Nebudu na to vzpomínat.“	Smutek

¹ Označení „teta“ používají děti z dětských domovů a ZDVOP pro oslovení pečujících osob v zařízení.

5. Kognitivní řešení problému: Dítě se snaží problém myšlenkově zpracovat a vymyslet řešení. Patří sem i autosugesce (dodávání odvahy).

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Dodávám si odvahu, říkám si, že to dám.“	strach
DD	„Překonat ho.“	strach
ZDVOP	„Se překonat, zahodit ho za hlavu.“	strach

6. Přehodnocení: Dítě kognitivně zhodnotí situaci, snaží se o uklidnění, říká si, že situace není tak závažná.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
DD	Uklidním se, řeknu si, že to nevádí, a že to můžu napravit.“	strach

b) Ostatní strategie emoční regulace

Dítě jejich prostřednictvím může své emoce regulovat, ale je v tomto procesu spíše pasivním činitelem či není jeho snaha efektivní ve smyslu změny negativních pocitů na pozitivní.

1. Vyjádření emoce: Dítě projeví své pocity, dá je najevo.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Vyplakat se.“	Vztek
DD	„Bouchám do něčeho, třeba do deky.“	Vztek
	„Jdu do pokoje a vyřádím se polštářem do země.“	Vztek
	„Rozbrečím se.“	Strach
ZDVOP	„Řvát.“	Strach
	„Brečím.“	Vztek

2. Sociální opora: Dítě využívá druhé za účelem emoční regulace.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
------------	-------	-------

BIO	„Přitulím se k tatkově nebo mamce“	strach
DD	„Řeknu to tetě.“ „Jdu za ságrou.“	Strach strach
ZDVOP	„Půjde k mámě do postele.“ „Schovám se za dospělýho.“	Strach strach
PP	„Jdu za mamkou.“	smutek

3. Ovládání emocí: Dítě pocity potlačuje, bez snahy o jejich změnu.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Snažím se, aby vztek nebyl vidět.“	Vztek
DD	„Nezačít ječet.“	Strach
ZDVOP	„Přestat plakat.“	Smutek

4. Vyhýbání/útěk: Dítě opustí situaci či podnět, který nepříjemný pocit způsobil.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Odejít od té věci, který se bojí.“ „Nekoukat se na strašidelný filmy.“ „Zalezu si pod peřinu.“	Strach Strach Strach
DD	„Schovám se a jsem ticho.“ „Utíkám domů a schovám se do pokoje.“	Strach Strach
ZDVOP	„Odejít od toho, čeho se bojíš.“	Strach
PP	„Jít někam jím, třeba na hřiště.“	Sstrach

c) Maladaptivní strategie emoční regulace

Dítě buď nedělá nic pro změnu svého negativního emočního stavu na pozitivní, či mají jeho strategie negativní dopad na něj nebo jeho okolí.

1. Rezignace (vzdát se): Dítě nedělá nic pro změnu negativního pocitu, pasivně čeká, až emoce odezní.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Přejde to normálně samo.“	Vztek
DD	„Koukám do zdi.“	Smutek
ZDVOP	„Nic, přejde to.“	Sztek

2. Agresivní chování (včetně autoagrese): Dítě ventiluje své negativní pocity způsobem, kterým poškozuje sebe či druhé nebo něco ničí.

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Někdo mu vzal hračku, tak mu jí vezme zpět a bude.“	Vztek
DD	„Rozbíjet věci“	Vztek

3. Izolace (stažení se): Dítě se izoluje od podnětů, které negativní emoci způsobily, ale neopouští situaci (na rozdíl od útěku).

FORMA PÉČE	VÝROK	EMOCE
BIO	„Otočit se a nedívat.“	Strach

Kvantitativní analýza a interpretace strategií emoční regulace

Počet uvedených typů strategií závisí na individuálních znalostech každého dítěte, a tedy se mezi dětmi lišil (některé dítě uvedlo dva typy, jiné šest). Z celkového počtu typů strategií uvedených v rámci jednotlivých skupin jsem vypočítala průměr na jedno dítě. Podívala jsem se na rozdíly v počtu uváděných strategií mezi skupinami a na poměr strategií v jednotlivých kategoriích (adaptivní, ostatní, maladaptivní). Výsledky uvádím v tabulkách 10 a 11.

Tab. 10: Kategorie strategií emoční regulace

Četnost kategorií strategií emoční regulace v rámci různých forem péče

	ADAPTIVNÍ		OSTATNÍ		MALADAPTIVNÍ		CELKEM	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	průměr
BIO	24	58,5	13	31,7	4	9,8	41	4,1
DD	27	56,3	17	35,4	4	8,3	48	3,43
ZDVOP	16	51,6	14	45,2	1	3,2	31	3,88
PP	4	57	3	43	0	0	7	3,5

Co se týče kategorií strategií, je poměr mezi skupinami podobný, nejvíce se objevují adaptivní strategie a nejméně maladaptivní. V rámci srovnání mezi skupinami si můžeme všimnout, že v průměru nejvíce typů strategií znají děti z biologických rodin. Rozmanitost strategií můžeme považovat za signál zdravého vývoje. Čím více strategií má dítě k dispozici, tím je flexibilnější.

Tab. 11: Typy strategií emoční regulace

Typy strategií emoční regulace v rámci různých forem péče						
	ADAPTIVNÍ	N	OSTATNÍ	N	MALADAPTIVNÍ	N
BIO	Rozptýlení	9	Sociální opora	6	Izolace	2
	Jednání zaměřené na problém	6	Vyhýbání/útěk	5	Rezignace	1
	Zlepšení nálady	4	Vyjádření emocí	1	Agrese	1
	Kognitivní řešení problému	3	Ovládání emocí	1		
	Zapomenutí	2				
DD	Rozptýlení	12	Sociální opora	7	Rezignace	2
	Zlepšení nálady	7	Vyjádření emocí	5	Agrese	2
	Jednání zaměřené na problém	5	Vyhýbání/útěk	4		
	Kognitivní řešení problému	1	Ovládání emocí	1		
	Zapomenutí	1				
	Přehodnocení	1				
ZDVOP	Rozptýlení	6	Sociální opora	7	Rezignace	1
	Jednání zaměřené na problém	5	Vyhýbání/útěk	4		
	Zlepšení nálady	4	Vyjádření emocí	2		
	Kognitivní řešení problému	1	Ovládání emocí	1		
PP	Rozptýlení	2	Sociální opora	2		
	Zlepšení nálady	1	Vyhýbání/útěk	1		
	Jednání zaměřené na problém	1				

Můžeme si všimnout, že nejčastěji uváděné jsou napříč všemi sledovanými skupinami strategie, při kterých dítě zapojí spíše akci než kognici. Mezi spíše „akční“ strategie bychom zařadili rozptýlení a jednání zaměřené na problém a ze strategií v kategorii ostatní by sem spadala sociální opora, útěk a vyjádření emocí. Na pomezí se nachází strategie zlepšení nálady, která může být použita spíše akčně (jdu dělat něco, co mě rozveselí) nebo kognitivně (myslím na něco, co mi udělá radost). Mezi „kognitivní“ strategie řadíme kognitivní řešení problému, zapomenutí a přehodnocení a z „ostatních“ strategií ovládnutí emocí. Nejčastěji uváděnou strategií je u všech skupin rozptýlení, jehož podstatou je spíše jednání než myšlenkové zpracování. Můžeme si také všimnout, že na pomyslných prvních třech místech se u všech skupin nacházejí spíše „akční“ strategie. Předpokládám, že na to má významný vliv věk respondentů, kdy kognitivní vývoj stále probíhá a děti se teprve učí schopnosti využití kognitivních strategií. Předpokládám také, že s věkem souvisí i časté využití sociální opory. Děti ještě nejsou zcela samostatné a na své rodiče a pečovatele se přirozeně obracejí.

Očekávala jsem výraznější rozdíly mezi skupinami (především mezi dětmi z biologických rodin a z náhradní péče jako celku) a vyšší výskyt maladaptivních strategií u dětí z náhradní péče. Mé předpoklady se nepotvrdily a na základě výsledků můžeme konstatovat, že práce s emocemi je u dětí vyrůstajících v biologické rodině a v náhradní péči podobná. Ještě jednou musíme zmínit, že znalost strategií nemusí nutně souviset s jejich využíváním v reálném životě. Již zjištění, že znalost strategií, a tedy dispozice k jejich využívání, je u dětí z různých forem péče podobná ale považuji za zajímavé. Vede k úvahám, z jakého důvodu pak děti v náhradní péči mají více psychosociálních problémů, když disponují potřebnými zdroji pro adaptivní fungování v sociální oblasti. K této otázce se ještě vrátím v interpretační části práce.

7.2.2 Strategie jednání v sociálních situacích

Dítě je v rámci subtestu dotazováno, jak by se zachovalo v různých mezilidských situacích. Pomocí subtestu hodnotíme schopnosti navázání vztahů, řešení interpersonálních konfliktů a schopnost empatie či prosociálního chování. Stejně jako v případě subtestu *Regulace emocí* nemusí odpovědi dítěte nutně vypovídat o tom, jak se v podobných

situacích skutečně chová. Zajímá nás však znalost různých strategií sociálního chování dítěte.

Pro účely obsahové analýzy strategií jednání v sociálních situacích jsem použila kategorizaci metody IDS, pro každou kategorii uvedu příklady odpovědí respondentů z mé výzkumné studie. Poté se za pomoci kvantitativní analýzy podívám na rozdíly ve strategiích mezi zkoumanými skupinami a pokusím se vystihnout případné zajímavé fenomény.

Dělení a příklady strategií jednání v sociálních situacích

Různé způsoby jednání v sociálních situacích opět v souladu s IDS (Grob a kol., 2013) dělím na tři kategorie: přímé sociálně-kompetentní jednání, nepřímé sociálně-kompetentní jednání a sociálně nekompetentní nebo žádné jednání.

1. Přímé sociálně-kompetentní jednání

Dítě aktivně něco dělá pro efektivní řešení dané situace a jeho strategie je vzhledem k okolnostem adekvátní a má šanci na úspěch. Jedná samostatně a jeho řešení je iniciativní a konstruktivní.

2. Nepřímé sociálně-kompetentní jednání

Dítě se snaží o řešení situace, ale není samostatné a obrací se na druhé, aby mu pomohli. Spadá sem i jednání nepřiměřené závažnosti situace (např. volání záchranky v případě rozbitého kolena). Patří sem i vyhýbavá strategie v případě útoku jiného dítěte. Tím dítě může předejít újmě, nicméně nepřispěje k vyřešení konfliktu.

3. Sociálně nekompetentní nebo žádné jednání

Dítě buď nedělá nic, či je jeho jednání neadekvátní a neefektivní. Spadají sem i agresivní a impulzivní reakce.

Děti se dotazujeme na jednání v šesti sociálních situacích zaměřených na čtyři sociální dovednosti (navázání vztahů, empatie/prosociální chování, udržení smíru a řešení sociálních konfliktů).

1. Navázání vztahů

Otázka: „Co bys dělal/a, kdybys viděla, jak si děti spolu hrají a chtěl/a si s nimi také hrát?“

STRATEGIE SKJ	PÉČE	VÝROK
PŘÍMÉ	BIO	„Poprosila bych, jestli si s nima můžu hrát.“
	DD	„Zeptal bych se jich, jestli můžu hrát s nima.“
	ZDVOP	„Řekl bych: „Prosím, můžu si s vámi hrát?“.“
	PP	„Zeptal se jich, jestli si můžu hrát.“
NEPŘÍMÉ	BIO	-
	DD	-
	ZDVOP	„Vzal bych s sebou mámu, aby se zeptala.“
	PP	-
NEKOMPETENTNÍ	BIO	-
	DD	„Jdu si prostě hrát. Řeknu: „Jdu si hrát.“.“
	ZDVOP	„Bych tam nešla, protože to jsou cizí děti a za nima se nechodí. A kdyby mě pozvali, tak bych šla.“
	PP	-

2. Empatie/prosociální chování

a) Otázka: „Co bys dělal/a, kdyby si nějaké dítě rozbilo koleno?“

b) Otázka: „Co bys dělal/a, kdybys viděl/a nějaké dítě plakat?“

STRATEGIE SKJ	PÉČE	VÝROK
PŘÍMÉ	BIO	a) „Pomohl bych mu, dal bych mu papírovej kapesník na koleno.“
		b) „Zeptal se, co se mu stalo a jestli si nechce povídat.“
	DD	a) „Pomohl bych jí, polil to vodou a dal na to dezinfekci.“
		b) Šel bych za ním a zeptal se, co mu je, potěšil bych ho, řekl mu něco srandovního.“
	ZDVOP	a) „Musím jí to vyléčit, aby se to zahojilo, náplastí nebo mastičkou.“
		b) Utišovala bych ho a řekla, že je zbytečné brečet a

		<i>hrála bych si s ním. “</i>
	PP	<i>a) „Zavázal mu to. “ b) „Šel bych k němu a zeptal se, co se mu stalo. “</i>
NEPŘÍMÉ	BIO	<i>a) „Zavolala bych dospělýho. “ b) „Řekl bych to rodičům. “</i>
	DD	<i>a) „Šel bych za tetou, aby mu to ohojila. “ b) „Řekl bych to učitelce nebo rodičům. “</i>
	ZDVOP	<i>a) „Zavolal bych sanitku nebo mámě. “ b) „Zavolal bych tetu. “</i>
	PP	<i>a) „Šel bych pro dospělého. “ b) -</i>
NEKOMPETENTNÍ	BIO	<i>a) - b) „Dítě, který bych znala, tomu bych pomohla. “</i>
	DD	-
	ZDVOP	<i>a) „Brečela bych. “ b) „Taky bych brečel, protože to je smutný. “</i>
	PP	-

3. Udržení smíru

Otázka: „*Co bys udělal/a, kdyby na tebe začalo nějaké dítě útočit?*“

Zde se jedná také o situaci sociálního konfliktu, nicméně je zde kladen důraz na schopnost vyjednávání v případě ohrožení než na schopnost adekvátního prosazování vlastních zájmů (hrad z písku) či řešení konfliktu mezi druhými.

STRATEGIE SKJ	PÉČE	VÝROK
PŘÍMÉ	BIO	<i>„Říkal bych mu, ať toho nechá. “</i>
	DD	<i>„Nepustil bych se do něj, ale říkal bych: „Nech toho. “. “</i>
	ZDVOP	<i>„Řekla bych mu, že na starší si dovolovat nemůže, a že když se něco děje, tak to má říct dospělýmu. “</i>
	PP	-
NEPŘÍMÉ	BIO	<i>„Utíkala bych za dospělým. “</i>
	DD	<i>„Zkoušel bych si ho nevšímat a kdyby to nepomohlo, tak bych utíkal za někým dospělým. “</i>

	ZDVOP	<i>„Utekla bych se s kamarádkou schovat do křoví a sledovala ho.“</i>
	PP	<i>„Utekl bych domů a řekl to rodičům.“</i>
NEKOMPETENTNÍ	BIO	<i>„Bych ho nějak málo bouchl a šel si hrát s někým jiným a míč mu hodil do křoví.“</i>
	DD	<i>„Zmlátil bych ho za to nebo zavolał bráču a on by mu to natřel.“</i>
	ZDVOP	<i>„Udělal bych štít rukama a kdyby mě shodil, tak bych ho taky shodil.“</i>
	PP	-

4. Řešení sociálních konfliktů

- a) Otázka: *„Co bys dělal/a, kdybys viděl/a, jak nějaké dítě uhodilo jiné dítě?“*
b) Otázka: *„Co bys dělal/a, kdyby ti nějaké dítě zbořilo hrad z písku?“*

STRATEGIE SKJ	PÉČE	VÝROK
PRÍMÉ	BIO	a) <i>„Řekla bych: „Hele nech toho a pověz mi, jak to vše bylo.““</i> b) <i>„Přišel za nim a zeptal se, proč to udělal a jak by to bylo příjemný jemu.“</i>
	DD	a) <i>„Řekl bych: „Hele klídek, co se stalo? Kdo si začal?“ Aby to vyřešili mezi sebou.“</i> b) <i>„Zeptal bych se ho, proč mi to bořil.“</i>
	ZDVOP	a) <i>„Šla bych za nima a řekla, ať toho nechají, že je to zbytečný, a že se mají omluvit.“</i> b) <i>„Řekla bych: „To se nedělá, my jsme si to postavili a prosím, už nám to nedělej.“</i>
	PP	a) <i>„Šel k nim a řekl, ať přestanou.“</i> b) <i>„Řekl bych mu, proč to dělá, a řeknu, ať toho nechá.“</i>
NEPRÍMÉ	BIO	a) <i>„Zavolala bych někoho, nějakýho třeba pána.“</i> b) <i>„Řekl bych to rodičům.“</i>
	DD	a) <i>„Utíkala bych domů a zamkla se.“</i> b) <i>„Řekl bych to mámě a postavil si novej.“</i>
	ZDVOP	a) <i>„Zavolala jejich rodiče, aby si to s nima vyřídili.“</i> b) <i>„Postavila bych si ho znova.“</i>
	PP	a) <i>„Zachránil ho – zavolał sanitku.“</i> b) -

NEKOMPETENTNÍ	BIO	a) „Bylo by mi to jedno, kdyby tam byli kamarádi.“ b) „Bych ho bouchl nebo křičel, strčil ho do vody a řekl, kolik mi to dalo práce.“
	DD	a) „Bych jí taky plácl.“ b) „Byla bych našťvaná a taky rozkopla její.“
	ZDVOP	a) „Bych se s ní pral taky, s tou co útočí.“ b) „Zbořil bych mu to taky.“
	PP	-

Kvantitativní analýza a interpretace strategií jednání v sociálních situacích

Pomocí procentuálního podílu jsem porovnávala rozdíly mezi skupinami v uváděných způsobech sociálního jednání.

Tab. 12: Podíl jednotlivých způsobů sociálního jednání z hlediska jeho kompetentnosti

Způsoby sociálního jednání v rámci sledovaných skupin							
	PŘÍMÉ		NEPŘÍMÉ		NEKOMPETENTNÍ		CELKEM
	počet	%	počet	%	počet	%	počet
BIO	35	58	18	30	7	12	60
DD	35	42	38	45	11	13	84
ZDVOP	24	50	14	29	10	21	48
PP	10	83	2	17	0	0	12

Můžeme si všimnout, že děti z dětských domovů více v rámci úkolu uvádějí nepřímé sociální jednání. To znamená, že se více spoléhají na druhé, hledají u nich oporu a pomoc. Často se v odpovědích objevovalo: „zavolám dospělého“, „řeknu to tetě“ apod. Je zajímavé, že některé děti více spoléhají na rodiče, jiné spíše na pečující osoby v zařízení („teta“) nebo další dospělé osoby. Předpokládám, že to záleží na kvalitě vztahu a zkušenostech s danou osobou. Pokud má dítě zkušenost, že mu dané osoby většinou pomohou, a že se na ně může spolehnout, pravděpodobně se na ně obrátí znovu.

Sociální oporu hledáme v situacích stresu a nejistoty, kdy máme pocit, že naše schopnosti na vyřešení dané situace nestačí. To, že se dítě postupně začne spoléhat samo na sebe a své vlastní zdroje je známka zdravého vývoje, který směřuje k autonomii a

samostatnosti. Děti vyrůstající v náhradní péči byly ve svém životě vystaveny vyšší míře stresu, můžeme tedy předpokládat, že v důsledku toho vyhledávají sociální oporu častěji než děti z biologických rodin. Můžeme považovat za pozitivní, že děti z dětských domovů na dospělé osoby „nezanevřely“ a v případě, že rodiče ve své roli selhávají, je pro ně k dispozici jiná bezpečná osoba. Nicméně setrvávání v této strategii může vést v pozdějším životě k závislosti na druhých a systému a selhávání v samostatném životě.

Zajímavé je, že děti z pěstounské péče nejvíce uvádějí přímé sociální jednání a vůbec se u nich nevyskytuje nekompetentní jednání. Tento výsledek není možné generalizovat z důvodu malé velikosti vzorku. Je ale možné konstatovat, že oba respondenti z této skupiny mají výjimečně rozvinuté sociální dovednosti.

8 Interpretace

Vzájemné vztahy mezi úrovní socio-emočních dovedností, mírou empatie a výskytem psychosociálních problémů

Dle předpokladu v souladu s teoretickými východisky se v rámci mého výzkumu prokázalo, že sledované proměnné spolu navzájem souvisí. Socio-emoční dovednosti a empatie jsou navzájem provázané schopnosti. Rozpoznání emocí je předpokladem pro fungování empatie, dítě musí nejprve rozpoznat, jak se druhý člověk cítí, aby mohlo jeho pocitu porozumět a sdílet jej. Schopnost empatie je pak předpokladem pro adaptivní fungování v sociálních situacích, především je hlavním předpokladem prosociálního chování (to se prokázalo na hladině významnosti 1%). Prokázalo se, že děti s nižší úrovní socio-emočních dovedností včetně empatie mají více psychosociálních problémů, především problémového chování (výbušnost, nerespektování autority, agresivita vůči vrstevníkům, lhaní a podvody) a hyperaktivity. Také se u nich objevuje méně prosociálního chování.

Potvrzením souvislosti mezi měřenými proměnnými jsme mimo jiné prokázali dobrou validitu použitých testových metod (testy měří to, co mají).

Úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů v závislosti na formě péče

Vzhledem ke zjištění, že měřené schopnosti spolu v rámci našeho výzkumného vzorku souvisí, můžeme pokládat následující zjištění za velmi zajímavé. Zjistili jsme totiž, že úroveň socio-emočních dovedností se mezi sledovanými skupinami významně neliší. Byly však prokázány statisticky významné rozdíly v míře empatie a výskytu psychosociálních problémů a to mezi skupinou dětí vyrůstajících v biologických rodinách a dětmi z dětských domovů a ZDVOP.

V případě, že jsme prokázali statisticky významný vztah mezi úrovní socio-emočních dovedností a mírou empatie jakožto nedílné součásti těchto dovedností, jak je potom možné, že děti z institucionální péče mají významně nižší míru empatie, když jsou jejich socio-emoční dovednosti na obdobné úrovni jako u dětí z biologických rodin? Stejně

tak se můžeme ptát v případě psychosociálních problémů. Prokázali jsme, že úroveň socio-emočních dovedností významně ovlivňuje výskyt psychosociálních problémů. Proč tedy, když je úroveň socio-emočních dovedností u dětí z biologických rodin a z institucionální péče srovnatelná, se psychosociální problémy projevují u druhé skupiny výrazně více?

V souvislosti s uvedenými otázkami si můžeme všimnout, že korelace mezi posuzovacími metodami (dotazníky EQ-C a SDQ) je vyšší než jejich korelace s metodou, která získává data přímo od respondentů (IDS). To může být spojeno se dvěma faktory. Za prvé s nižší objektivitou posuzovacích metod a za druhé s faktem, že v rámci testu socio-emočních kompetencí dítě v subtestech zaměřených na regulaci emocí a sociálně kompetentní jednání uvádí strategie, které zná, to však nemusí vypovídat o tom, jak se skutečně v reálném životě chová.

Pokud tedy dítě má povědomí o adaptivních strategiích emoční regulace a sociálního chování, zná je a má je tedy k dispozici, je důležitou otázkou, proč je v reálném životě nevyužívá. Dle mého názoru může být příčinou nižší schopnost seberegulace a nižší frustrační tolerance dětí vyrůstajících v náhradní péči. To by vysvětlovalo i významně vyšší výskyt hyperaktivních projevů u těchto dětí. Dítě si svou odpověď při testové situaci může v klidu rozmyslet, v reálné situaci však může mít tendenci reagovat impulzivně. Dále se domnívám, že problémové chování může být u dětí v náhradní péči jakousi copingovou strategií. Dítě tak ventiluje stres a zklamání navenek.

Úroveň socio-emočních dovedností, míra empatie a výskyt psychosociálních problémů v závislosti na délce pobytu v institucionální péči

V rámci mého výzkumu nebyl prokázán vliv délky pobytu v ústavní péči na úroveň sociálně-emočních kompetencí, míru empatie ani výskyt psychosociálních problémů u dětí. Toto výzkumné zjištění považuji za velice zajímavé. Je možné na něj nahlížet ze dvou úhlů. Můžeme jej interpretovat tak, že efekt péče na měřené schopnosti u dětí není negativní. Na druhou stranu se ale neprokázal ani pozitivní efekt péče. První teze nás vede k úvahám, že je nutné uvažovat o vlivu jiných faktorů na měřené schopnosti. A to především faktorů prostředí, ze kterého bylo dítě odebráno (zpravidla biologické rodiny) a

genetických faktorů. Domnívám se také, že velký vliv bude mít zkušenost se samotným odebráním z rodiny a stres s tím spojený. Druhá teze, tedy, že pobyt v institucionální péči nemá ani pozitivní efekt na měřené schopnosti, vypovídá o potřebě specifitějšího zacílení intervencí v rámci péče. Konkrétními návrhy se budu zabývat v závěrečné části práce.

Strategie emoční regulace a jednání v sociálních situacích u dětí v různých formách péče

Interpretaci této sledované oblasti jsem se věnovala již v předchozí části práce. Z obsahové analýzy vyplynulo, že strategie emoční regulace jsou ve všech sledovaných skupinách velmi podobné. Nejvíce se u všech dětí objevují adaptivní strategie. Děti ze všech sledovaných skupin mají lépe osvojeny strategie, které využívají přímou akci než kognitivní zpracování. To připisují věku dětí. Co se týče sociálního chování, ukázalo se, že děti z náhradní péče více spoléhají na sociální oporu. To připisují jejich nepříznivým životním zkušenostem vedoucím k narušenému pocitu bezpečí a také vyšší míře stresu, které jsou v důsledku toho vystaveny.

Porovnání s výzkumem Ptáčka, Kuželové a Čeledové (2011)

Závěrem uvedeného výzkumu bylo, že děti z dětských domovů dosáhly nejhorších výsledků v subtestech zaměřených na rozpoznávání emocí a sociálně-kompetentní jednání. V subtestech zaměřených na regulaci emocí a porozumění sociálním situacím dosáhly lepších výsledků než děti z pěstounské péče.

Na základě srovnání průměrných hodnot dosažených skóre můžeme konstatovat, že v případě našeho výzkumu dosáhly děti z dětských domovů nejhorších výsledků v subtestech zaměřených na rozpoznávání emocí, porozumění sociálním situacím a sociálně-kompetentní jednání. V subtestu regulace emocí dosáhly srovnatelných výsledků s dětmi s biologických rodin. Tyto rozdíly se však neprokázaly jako statisticky významné.

Děti z pěstounské péče dosáhly v našem výzkumu ve všech subtestech nejlepších výsledků ze všech skupin. To však nemůžeme považovat za příliš vypovídající vzhledem k malé velikosti vzorku.

Pro posouzení psychosociálních problémů byla použita jiná metoda (*Conners 3*), měří však s naší metodou (SDQ) dvě shodné oblasti – projevy poruch chování a hyperaktivity. Ve výzkumu Ptáčka a kol. vykazovaly děti z dětských domovů nejvyšší výskyt projevů těchto poruch. V mém výzkumu byl nejvyšší výskyt projevů hyperaktivity a problémového chování u dětí z pěstounské péče.

Srovnání s uvedeným výzkumem je problematické ze dvou důvodů. Za prvé vzhledem k velkému rozdílu mezi výzkumnými vzorky (315 respondentů v případě Ptáčka a kol. versus 34 respondentů v mém výzkumu). Za druhé z důvodu rozdílných výzkumných skupin (u Ptáčka a kol. byly zkoumány děti z dětských domovů, pěstounské péče a biologických rodin úplných a neúplných).

Oproti výzkumu Ptáčka, Kuželové a Čeledové (2011) přináší můj výzkum tři nové oblasti. Za prvé se navíc zabývám schopností empatie. Tato schopnost je sice nedílnou součástí socio-emočních kompetencí, nicméně v rámci IDS není samostatně měřena. V rámci připravovaného výzkumného projektu jsme se rozhodli empatií zabývat, protože ji považujeme za hlavní předpoklad prosociálního chování a adaptivního fungování v sociální oblasti. Přidání tohoto konceptu mi přineslo nečekaný vedlejší výsledek v podobě metodologické otázky týkající se objektivit dat získaných posuzovacími metodami (viz výše). Za druhé jsem se zabývala efektem doby pobytu v institucionální péči na zkoumané oblasti. Za třetí jsem provedla obsahovou analýzu strategií emoční regulace a jednání v sociálních situacích. Ta přinesla velmi zajímavá zjištění, kterým jsem se věnovala v předchozí části této práce.

9 Diskuze

Otázky týkající se výzkumného vzorku a shánění respondentů

Hlavním limitem výzkumu je malý výzkumný vzorek a nepoměr počtu respondentů v jednotlivých skupinách. Především malý počet respondentů z pěstounské péče (pouze dva). V důsledku toho si musíme uvědomit, že výzkumná zjištění nemůžeme příliš generalizovat a výsledky musíme interpretovat opatrně.

V původním návrhu výzkumu jsem počítala minimálně s deseti respondenty v každé ze zkoumaných skupin. Shánění respondentů ale bylo poměrně komplikované a to především v případě dětských domovů a pěstounských rodin. Domnívám se, že důvodem neochoty se výzkumu účastnit byla především snaha ochránit děti před zátěží a stresem, který by testová situace mohla vyvolat. Dalším důvodem může být obava z výzkumu jako jakési kontroly a zásahu do rodiny či zařízení. Ředitelé dětských domovů také mohli odmítat účast na výzkumu z obavy, že při současné vlně kritiky ústavní péče a snahy o deinstitucionalizaci jim výsledky výzkumu uškodí.

Zajímavé je si všimnout, že oba respondenti z pěstounské péče vykazují v porovnání s ostatními skupinami výjimečné socio-emoční dovednosti. Samozřejmě není možné toto zjištění generalizovat. Nicméně mě v rámci úvah nad důvodem tohoto faktu napadlo, že může být způsoben kvalitou psychologické péče v rámci organizace na podporu pěstounů, jež mi kontakt zprostředkovala.

Etické otázky

Velmi problematickou oblastí je informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Informovaný souhlas by měl být správně získán od zákonných zástupců dítěte, a to i v případě, že je dítě umístěno v náhradní péči. To se ale ukázalo jako prakticky nemožné, vzhledem k tomu, že kontakt s rodiči je u dětí v náhradní péči nepravidelný, někdy i žádný. Informovaný souhlas byl tedy získán alespoň od ředitelů zařízení a od pěstounů. U biologických rodičů nebyl v této oblasti problém. Informovaný souhlas byl také získán od všech dětí a od zaměstnanců, kteří se výzkumu účastnili.

Otázka objektivit získaných dat

Je důležité si uvědomit, že srovnáváme data o respondentech získaná různými způsoby. Tedy přímo od respondentů (IDS), posuzovacími metodami od pečujících osob (EQ-C, IDS) a ze spisové dokumentace (anamnestický dotazník). Při interpretaci výsledků se ukázalo, že by to mohl být zásadní faktor ovlivňující výsledky výzkumu. V pomyslné posloupnosti objektivit dat jsou data získání posuzovacími metodami na nejnižší úrovni. Chování a projevy dětí jsou posuzovány pečující osobou, což s sebou nese řadu rizik. Například, že se do hodnocení promítnou osobnostní vlastnosti posuzovatele. Je také potřeba, aby pečovatel znal dítě dostatečně dlouho, aby mohl jeho projevy posoudit. A v neposlední řadě je posouzení ovlivněno subjektivním vztahem k dítěti. Domnívám se, že data získaná od rodičů mohou schopnosti dětí nadhodnocovat a data od pečujících osob naopak podhodnocovat. To by také bylo jedním z možných vysvětlení rozdílu ve výsledcích mezi IDS a dotazníky u dětí v náhradní péči.

Získávání dat přímo od dětí je v pomyslné posloupnosti na vyšší úrovni nicméně má také své limity. Výkon dítěte je ovlivněn jeho aktuálním psychickým stavem, například únavou či testovou úzkostí. Výkon může ovlivnit také úroveň souvisejících schopností. Například úkol zaměřený na rozpoznávání emocí vyžaduje určitou úroveň verbalizace, aby dítě bylo schopno emoci pojmenovat. Výkon dětí, které mají řečové problémy, nemusí tedy odpovídat jejich skutečným schopnostem v této oblasti. Rizikem mohou být také případné chyby v zadávání a vyhodnocení metody IDS. Toto riziko jsem se snažila minimalizovat dostatečným prostudováním materiálu a zkušebním testováním ještě před zahájením výzkumu. S administrací jsem neměla výraznější problémy, děti velmi dobře spolupracovaly, některé z nich testování vyloženě bavilo. Domnívám se, že to může být způsobeno také tím, že povaha úkolů není příliš výkonová a je využíván podnětový materiál (fotky, obrázky). Vyhodnocování bylo nejobtížnější u subtestů zaměřených na regulaci emocí a sociálně-kompetentní jednání. Důvodem je, že děti v těchto subtestech odpovídají na otevřené otázky, získáme tedy velkou variabilitu výsledků. Manuál k IDS považuji za velmi kvalitní a návodný, objevily se ovšem výroky, které bylo obtížné klasifikovat. V těchto případech jsem se radila s konzultantkou práce.

Za nejobjektivnější „tvrdá“ data se dají považovat data získaná pomocí zobrazovacích metod. V rámci připravované studie je využití zobrazovacích metod v dlouhodobém plánu, vyžaduje však značné finanční prostředky. I tento způsob má ovšem své limity, nevysvětluje totiž psychologické fungování jedince.

Náměty k dalšímu výzkumu

Hlavním limitem výzkumu je, že srovnávání dětí, které mají jiné životní zkušenosti a jiné genetické předpoklady. Zásadní otázka, která vyplynula z analýzy dat, je do jaké míry mají na vývoj dítěte vliv genetické faktory a předchozí zkušenosti z biologické rodiny a do jaké míry pobyt v náhradní péči. Nabízí se otázka, zda je možné například u dítěte, které přišlo do dětského domova v osmi letech, a je zde například rok, interpretovat vliv pobytu v zařízení na úroveň jeho socio-emočních kompetencí. Když víme, že se jedná o dovednosti, které se vyvíjejí od narození. Z mých výzkumných zjištění vyplývá, že délka pobytu dítěte v institucionální péči nemá na sledované oblasti významný vliv. V dalším výzkumu je tedy potřeba se zaměřit na podrobnou analýzu vlivu faktorů původního prostředí.

Uvědomuji si, že je potřeba hledat souvislosti mezi aktuálním vývojem dítěte ve sledovaných oblastech a jeho rodinnou a sociální anamnézou a „ústavní“ historií. Za tímto účelem byl součástí testové baterie i anamnestický dotazník. V mém výzkumu byla získaná data využita pouze k charakteristice výzkumného vzorku. Pro hledání souvislostí mezi schopnostmi a různými anamnestickými daty je potřeba větší a rovnoměrněji rozložený výzkumný vzorek. V připravované výzkumné studii se na tuto analýzu příčin a rizik zaměříme. Budou nás zajímat především souvislosti s důvodem odebrání z rodiny, psychiatrickou hereditou, syndromem CAN, historií náhradní péče (především předchozí umístění a umístění mimo rodinu v období do tří let věku).

Závěr

Hlavní závěry této diplomové práce jsou následující:

1. Sledované proměnné spolu navzájem významně souvisí. Tedy socio-emoční kompetence souvisí se schopností empatie a úroveň těchto dovedností pak souvisí s prevalencí psychosociálních obtíží u dětí.
2. Forma péče nemá zásadní vliv na úroveň socio-emočních dovedností u dětí, prokázal se však její vliv na míru empatie a výskyt psychosociálních problémů.
3. Nebyl prokázán významný efekt délky pobytu dítěte v institucionální péči.
4. Z obsahové analýzy strategií emoční regulace a sociálního chování vyplynulo, že znalost strategií je u dětí v různých formách péče podobná. Děti mají lépe osvojenou regulaci emocí pomocí akce, než kognitivního zpracování. Děti v náhradní péči se v sociálních situacích více spoléhají na sociální oporu.

Za nejzásadnější přínos mého výzkumu považuji zjištění, že děti v náhradní péči znají adaptivní strategie emoční regulace a sociálního jednání. Selhávají však v jejich efektivním využití. Fakt, že děti mají k dispozici tyto zdroje, je důležitý pro zacílení intervence. V rámci psychologické, ale i výchovné péče by bylo vhodné zařadit nácvik využití strategií emoční regulace, který může stavět na již osvojených základech. Důležité je také zaměřit se na ventilaci negativních emocí. Klíčové je také zpracování potenciálně traumatických zážitků spojených s odebráním z rodiny.

Vedlejším cílem mé diplomové práce bylo mimo jiné posloužit jako pilotní studie pro připravovaný výzkumný projekt *Souvislost sociálně emočních kompetencí a emocionální traumatizace dětí umístěných v různých formách náhradní péče s rozvojem rizikového chování a schopností integrovat se do společnosti*, který jsem představila v úvodu, a na němž se podílím. Z analýzy dat vyplynulo několik námětů pro úpravu metodologie.

Je důležité se zaměřit na snahu o minimalizaci posuzovacích metod. Za tímto účelem by měla být provedena rešerše testových metod měřících sledované proměnné, získávajících data přímo od dětí. V případě využití posuzovacích metod by bylo možno zvážit hodnocení každého respondenta více osobami (např. různí pečovatelé, učitel). To by

mohlo sloužit jako kontrola objektivit dat. Další možností je hodnocení psychologem zařízení (u dětských domovů). Problémem je, že ne všechny dětské domovy však mají psychologa.

Seznam použitých informačních zdrojů

ADAM, D. *Souvislost sociálně emočních kompetencí a emocionální traumatizace dětí umístěných v různých formách náhradní péče s rozvojem rizikového chování a schopností integrovat se do společnosti*. Praha, 2018. 8 s. Návrh výzkumného projektu. Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta. Školitel doc.PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

BARON-COHEN, S. *Věda zla: nová teorie lidské krutosti*. Brno: Emitos, 2014. 249 s. ISBN 978-80-87171-37-0.

BECHYŇOVÁ, V. et al. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: Ureas, 2007. 236 s. ISBN 978-80-86684-47-5

BUBLEOVÁ, V. et al. *Základní informace o náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, Accessed on, 2011, 23.8: 2015. 94 s. ISBN 978-80-87455-01-2

DENHAM, S. et al. Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2009, 63.Suppl 1: i37-i52.

DUNOVSKÝ, J. et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN: 80-7169-192-5

GROB A. et al. *Intelligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5-10 let: příručka*. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2013. 265 s.

HORÁČEK, J., KESNER, L. *Empatický mozek a mysl*. In: *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-283-1.

HORT V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-807-3674-045.

HOSÁK, L. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

KAREN, R. *Becoming attached*. New York: Warner Books, 1994.

KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouora deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přepracované vyd. Praha: Galén, 2006, 327 s. ISBN 80-7262-410-5.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualit. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LANGMEIER, J., MATEJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. Vyd. 4. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2016*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017. 146 s. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/32655/Zprava.pdf>

NEKOVÁŘOVÁ, T. et al. *Sociální mozek a teorie mysli: neurobiologie, vývoj a patologie*. In: *Mozek a jeho člověk, mysl a její nemoc*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-283-1.

PTÁČEK, R. et al.. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011.

SIEGEL, D. *The developing mind*. New York: Guilford Press, 1999.

SROUFE, A. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 2005, 7.4: 349-367.

TAILLIEU, Tamara L., et al. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 2016, 59: 1-12.

THOMPSON, Ross A.; MEYER, Sara. Socialization of emotion regulation in the family. *Handbook of emotion regulation*, 2007, 249: 249-268.

VAN IJZENDOORN, M. et al. Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental review*, 1992, 12: 24.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Středisko náhradní rodinné péče, 2012. 181 s. ISBN 978-80-87455-14-2

VRTBOVSKÁ, P. *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov: Scan, 2010. 120 s. ISBN 80-86620-20-4.

Seznam příloh

Příloha 1 – Anamnestický dotazník, verze pro dětské domovy

Příloha 2 – Dotazník Kvocient empatie pro děti (EQ-C)

Příloha 3 – Dotazník předností a nedostatků (Strenghts and Difficulties Questionaire, SDQ)

Příloha 4 – Informovaný souhlas

Příloha 1 – Anamnestický dotazník, verze pro dětské domovy

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK – DĚTSKÝ DOMOV

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Název zařízení:
Dnešní datum:
Kód respondenta:
Datum narození:
Bydliště:
Forma vzdělávání: ZÁKLADNÍ – PRAKTICKÁ – SPECIÁLNÍ – DOMÁCÍ VZDĚLÁVÁNÍ
Třída:

HISTORIE NÁHRADNÍ PÉČE

Datum přijetí do zařízení:
Důvody odebrání z rodiny:
Předchozí umístění v ústavní péči: ANO – NE <i>Pokud ano, uveďte názvy zařízení a dobu pobytu:</i>
Předchozí umístění v náhradní rodinné péči: ANO – NE <i>Pokud ano, uveďte druh, dobu pobytu a důvod ukončení:</i>
Umístění v ústavní péči v období 0-3 let věku: ANO – NE

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

Závažné onemocnění:
Handicap:
Úrazy hlavy:
Onemocnění mozku:
Hospitalizace v období 0-3 let věku: ANO – NE <i>Pokud ano, uveďte důvod a délku hospitalizace:</i>
Psychiatrická diagnóza dítěte: ANO – NE Jaká:
Užívá psychiatrickou medikaci: ANO – NE Jakou:
Hospitalizace na psychiatrii: ANO – NE Pokud ano, uveďte důvod a délku a rok hospitalizace:

RODINNÁ A SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

MATKA	OTEC
Datum narození:	Datum narození:
Vzdělání:	Vzdělání:
Zaměstnání:	Zaměstnání:
Úmrtí: ANO – NE Příčina:	Úmrtí: ANO – NE Příčina:

Kdy:	Kdy:
Psychiatrické onemocnění: ANO – NE Jaké:	Psychiatrické onemocnění: ANO – NE Jaké:
Abusus: ANO – NE Čeho:	Abusus: ANO – NE Čeho:
Kriminalita: ANO – NE Druh:	Kriminalita: ANO – NE Druh:
Odnětí svobody: ANO – NE Kdy, jak dlouho:	Odnětí svobody: ANO – NE Kdy, jak dlouho:
Nezaměstnanost: ANO – NE	Nezaměstnanost: ANO – NE
Handicap: ANO – NE Jaký:	Handicap: ANO – NE Jaký:

Rozvod rodičů: ANO – NE
Porozvodové uspořádání:
Jiné důležité údaje o rodičích:
Kontakt s rodiči v současné době:

SOUROZENCI			
Jméno:	Jméno:	Jméno:	Jméno:
Datum narození:	Datum narození:	Datum narození:	Datum narození:
MUŽ – ŽENA	MUŽ - ŽENA	MUŽ - ŽENA	MUŽ – ŽENA
VLASTNÍ – NEVLASTNÍ	VLASTNÍ - NEVLASTNÍ	VLASTNÍ - NEVLASTNÍ	VLASTNÍ - NEVLASTNÍ
Vzdělání:	Vzdělání:	Vzdělání:	Vzdělání:
Zaměstnání:	Zaměstnání:	Zaměstnání:	Zaměstnání:
Úmrtí: ANO – NE Příčina: Kdy:	Úmrtí: ANO – NE Příčina: Kdy:	Úmrtí: ANO – NE Příčina: Kdy:	Úmrtí: ANO – NE Příčina: Kdy:
Psychiatrické onemocnění: ANO – NE Jaké:	Psychiatrické onemocnění: ANO – NE Jaké:	Psychiatrické onemocnění: ANO – NE Jaké:	Psychiatrické onemocnění: ANO – NE Jaké:
Kriminalita: ANO – NE Druh:	Kriminalita: ANO – NE Druh:	Kriminalita: ANO – NE Druh:	Kriminalita: ANO – NE Druh:
Odnětí svobody: ANO – NE Kdy, jak dlouho:	Odnětí svobody: ANO – NE Kdy, jak dlouho:	Odnětí svobody: ANO – NE Kdy, jak dlouho:	Odnětí svobody: ANO – NE Kdy, jak dlouho:
Nezaměstnanost: ANO – NE	Nezaměstnanost: ANO – NE	Nezaměstnanost: ANO – NE	Nezaměstnanost: ANO – NE

Handicap: ANO – NE Jaký:	Handicap: ANO – NE Jaký:	Handicap: ANO – NE Jaký:	Handicap: ANO – NE Jaký:
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

Útěky: ANO – NE <i>Kdy, na jak dlouho:</i>
Abusus: ANO – NE <i>Čeho:</i> <i>Od kdy?</i>
Kázeňské přestupky: ANO – NE <i>Druh:</i>
Nerespektování autority: ANO – NE
Agresivita vůči dospělým: ANO – NE
Agresivita vůči vrstevníkům: ANO – NE
Automutilace: ANO – NE
Pokus o sebevraždu: ANO -NE <i>Pokud ano, uveďte kdy a způsob:</i>
Sexuální styk: ANO – NE <i>Pokud ano, uveďte za jakých okolností:</i>

SYNDROM CAN

Zanedbávání: ANO – NE
Psychické týrání: ANO – NE <i>Pokud ano, uveďte kdy, kým a o co konkrétně šlo:</i>
Fyzické týrání: ANO – NE <i>Pokud ne, uveďte kdy, kým a o co konkrétně šlo:</i>
Sexuální zneužívání: ANO – NE <i>Pokud ano, uveďte kdy a kým:</i>

Příloha 2 – Dotazník Kvocient empatie pro děti (EQ-C)

Kvocient empatie (EQ) – dotazník – verze pro děti

Vyplňte, prosím, označením příslušné buňky u každého tvrzení.

Kód respondenta:

Datum:

	Silně souhlasím	Mírně souhlasím	Mírně nesouhlasím	Silně nesouhlasím
1. Mé dítě rádo pečuje o jiné lidi.				
2. Mé dítě často nerozumí tomu, proč některé věci jiné lidi znervózňují.				
3. Mé dítě by neplakalo nebo by nebylo rozrušené, kdyby nějaká postava ve filmu zemřela.				
4. Mé dítě rychle pochopí, když si někdo dělá legraci.				
5. Mé dítě rádo rozřezává červy nebo trhá nohy různému hmyzu.				
6. Mé dítě ukradlo něco, co chtělo mít, svému sourozenci nebo kamarádovi.				
7. Mé dítě si obtížně hledá kamarády.				
8. Když si mé dítě hraje s jinými dětmi, spontánně se zapojuje a půjčuje ostatním hračky.				
9. Mé dítě umí být velmi přímé při vyjadřování svého názoru, i když to může				

někoho rozrušit.				
10. Mému dítěti by se líbilo, kdyby se mohlo starat o nějaké domácí zvíře.				
11. Mé dítě je často drzé nebo neslušné, aniž by si to uvědomovalo.				
12. Mé dítě mělo či má potíže s fyzickým šikanováním.				
13. Pokud ve škole mé dítě něčemu rozumí, umí to snadno vysvětlit ostatním.				
14. Mé dítě má jednoho nebo dva blízké přátele a několik dalších kamarádů.				
15. Mé dítě naslouchá názorům jiných, i když jsou odlišné od jeho.				
16. Mé dítě projevuje starost, když vidí, že někdo jiný je rozrušený.				
17. Mé dítě bývá tak zaneprázdňené svými vlastními myšlenkami, že si nevšimne toho, když se ostatní začínou nudit.				
18. Mé dítě viní jiné děti za to, co udělalo samo.				
19. Mé dítě je velmi rozrušené, když vidí trpět nějaké zvíře.				

20. Mé dítě občas do někoho strčí nebo někoho štípne, když je někdo rozčiluje.				
21. Mé dítě snadno rozpozná, když s ním někdo chce konverzovat.				
22. Mé dítě umí dobře vyjednávat o tom, co chce.				
23. Mé dítě by si dělalo starosti, jak se jiné dítě bude cítit, když nebude pozváno na oslavu.				
24. Mé dítě je rozrušené, když vidí jiné dítě plakat nebo trpět nějakou bolestí.				
25. Mé dítě rádo pomáhá jiným začlenit se do třídy.				
26. Mé dítě mělo potíže proto, že neslušně nadávalo jiným dětem nebo je škádlilo.				
27. Mé dítě má tendenci se uchýlovat k fyzické agresi, aby dostalo, co chce.				

Příloha 3 – Dotazník předností a nedostatků (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

DOTAZNÍK PŘEDNOSTÍ A NEDOSTATKŮ (SDQ-Cze)

Pro každou položku vyznačte podle toho, zda s tvrzením rozhodně souhlasíte (je definitivně pravda), spíše souhlasíte (tak trochu pravda), nebo že to tak není (není pravda). Pomůže nám, jestliže odpovíte na všechny položky, jak nejlépe dovedete. A to i v případě, že si nejste absolutně jistý/á. Odpovídejte, prosím, podle toho, jak se dítě chovalo během posledních 6 měsíců nebo v tomto školním roce.

Jméno dítěte

M/Ž

Datum narození

	Není pravda	Tak trochu pravda	Definitivně pravda
Snaží se chovat pěkně k druhým lidem. Bere ohled na jejich pocity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je neklidný/á. Nevydrží dlouho bez hnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Často si stěžuje na bolesti hlavy, žaludku nebo na nevolnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obvykle se dělí s druhými (o jídlo, hry, psací potřeby aj.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Často má záchvaty vzteku nebo výbušnou náladu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je spíše samotář/samotářka. Má sklon hrát si sám/sama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je celkem poslušný/á. Obvykle dělá, co si dospělí přejí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má hodně starostí, často vypadá ustaraně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vždy ochotný/á pomoci, když si někdo ublíží, je zarmoucený nebo mu je zle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je neposedný/á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má alespoň jednoho dobrého kamaráda nebo kamarádku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Často se pere s jinými dětmi nebo je šikanuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je často nešťastný/á, skleslý/á nebo smutný/á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je vcelku oblíbený/á mezi jinými dětmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snadno se dá vyrušit. Špatně se soustředí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je nervózní nebo nesamostatný/á v nových situacích. Snadno ztratí sebedůvěru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je laskavý/á k mladším dětem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Často lže nebo podvádí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné děti ho/ji šikanují	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Často dobrovolně pomáhá druhým (rodičům, učitelům, jiným dětem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přemýšlí, než něco udělá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krade - doma, ve škole nebo jinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lépe vychází s dospělými než jinými dětmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má mnoho strachů. Snadno se poleká	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vytrvá u úkolu do konce, vydrží dávat pozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis

Datum

Rodiče/Učitele/Jiné Osoby:

Děkuji za vaši pomoc

© Robert Goodman, 2005

Příloha 6 – Informovaný souhlas

Informace o výzkumu a informovaný souhlas pro rodiče

Název výzkumu: Souvislost sociálně emočních kompetencí a emocionální traumatizace dětí umístěných v různých formách náhradní péče s rozvojem rizikového chování a schopností integrovat se do společnosti

Odborný garant: doc. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D a PhDr. Petr Winkler

Vedoucí výzkumu: David Adam

Vážená paní, vážený pane,

žádáme Vás o souhlas s účastí Vašeho dítěte na výzkumu „Souvislost sociálně emočních kompetencí a emocionální traumatizace dětí umístěných v různých formách náhradní péče s rozvojem rizikového chování a schopností integrovat se do společnosti“. Přečtěte si, prosím, pozorně následující informace - dozvíte se v nich o použitých metodách a průběhu výzkumu.

Cíl výzkumu:

Data z výzkumu by měla pomoci objasnit míru empatie a traumatizace dětí umístěných v náhradní péči a úroveň jejich sociálně emočních kompetencí v závislosti na ohrožujících i protektivních faktorech původního prostředí a hereditě v biologických rodinách. Pokusíme se zmapovat, jaký vliv mají tyto proměnné na rozvoj rizikového chování a schopnost integrovat se do společnosti. Rádi bychom poukázali na nedostatečnou nabídku terapeutických služeb pro ohrožené děti.

Postup:

Děti budou vyšetřeny sérií psychologických metod zaměřených na empatii, sociálně-emoční kompetence, traumatizaci a míru depresivity. Tři z dotazníků budou zodpovídaný pečující osobou dítěte (rodič, pěstoun, vychovatel). Získaná data budou porovnána s anamnestickými informacemi získanými z dokumentace dítěte.

Děti budou vyšetřeny dobrovolníky z řad studentů lékařských fakult UK, Filosofické fakulty UK, Pedagogické fakulty UK, Husitské teologické fakulty UK a Pražské vysoké školy psychosociálních studií. Tito dobrovolníci absolvují odborné školení na Oddělení lékařské psychologie a psychopatologie 1. Lékařské fakulty a podepíší čestné prohlášení o mlčenlivosti.

Možná rizika:

Některá tematické oblasti metod mohou být pro respondenty citlivé a stresující. Kdykoliv je tedy možné v průběhu testování odstoupit nebo neodpovědět na položenou otázku, která je pro respondenta nepříjemná.

Anonymita:

Data získaná v této studii jsou přísně anonymní. Všechna data jsou vedena pod kódem. Pokud budou výsledky studie publikovány, bude to výhradně takovým způsobem, aby nebylo možné určit žádné informace o konkrétním účastníku studie.

Souhlasím s účastí mého dítěte v této výzkumné studii.

Byl(a) jsem podrobně a v dostatečné míře informován(a) o tomto výzkumu a převzal(a) jsem dokument Informace o výzkumu a informovaný souhlas pro rodiče.

Jméno dítěte:

Jméno zákonného zástupce dítěte:

Datum Podpis